



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**Cuidados hospitalares no último ano de vida:
distribuição da utilização e do consumo de recursos de um
hospital**

XLIV Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Sílvia Pinto Ramalho de Oliveira

Julho de 2016



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**Cuidados hospitalares no último ano de vida:
distribuição da utilização e do consumo de recursos de um
hospital**

Trabalho de campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do título de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob
orientação científica da Professora Doutora Sílvia Lopes e Coorientação do Dr. Luís
Campos

Julho de 2016

Agradecimentos

A todos os que me acompanharam neste percurso e que inequivocamente contribuíram para a realização e conclusão deste trabalho, aproveito o momento para deixar o meu sincero agradecimento:

À Professora Doutora Sílvia Lopes por me ter concedido este desafio, pela oportunidade, pela crítica, pelos conselhos, pela sua enorme disponibilidade e principalmente, por ter acreditado em mim.

Ao Dr. Luís Campos pelo seu interesse e disponibilidade em viabilizar a recolha de dados para a realização deste estudo.

À Sara Lynce, Ana Navalho, Professora Doutora Fátima Falcão e Dra. Ana Pedroso pelo profissionalismo e disponibilidade demonstrada na obtenção do parecer positivo junto da CES.

À Dra. Ana Antunes pelos conselhos e pela sua disponibilidade demonstrada ao longo da elaboração deste trabalho.

À minha mãe, ao meu pai, ao meu irmão e à Ana Sofia pela paciência, pelo incentivo e por todo o apoio! Ao Gustavo pelas gargalhadas, pelas brincadeiras e pelo crescimento mútuo!

Aos meus amigos Ana Ribeiro, André Oliveira, Andreia Cristina, Filipa Ribeiro, Inês Cruz, Isabel Fritz, Joana Santos, Lúcia Gouveia, Maria Girão, Marta Vaz, Pedro Neves, Pedro Rijo, Sílvia Rolo e Susana Neves pelas ausências, pela energia e boa disposição.

À Maria Gama pela partilha e acima de tudo, pela amizade.

Aos meus colegas Anabela Almeida, Joana Venâncio e ao Joel Rocha pelo incentivo e companheirismo. Ao Duarte Tavares pela sua preocupação, conselhos e disponibilidade.

À Enf.^a Helena Henriques e colegas de trabalho por me terem facilitado o horário ao longo destes últimos meses.

A todos, o meu sincero obrigada!

“Thus, the task is not so much to see what no one yet has seen, but to think what nobody yet has thought about that which everybody sees”

Arthur Schopenhauer

Resumo

Enquadramento: A procura e o consumo de serviços de saúde variam ao longo do último ano de vida. A distribuição da utilização e dos custos por meses é sensível a diferentes características, entre as quais, idade, género, diagnóstico principal, comorbilidades, proximidade da morte e disponibilidade de recursos na comunidade. Assim, o principal propósito desta investigação é estudar a distribuição da utilização e do consumo de recursos de serviços de saúde, ao longo do último ano de vida.

Metodologia: A amostra foi constituída por todos os doentes com idade superior a 18 anos, que faleceram durante um internamento num hospital, no ano civil de 2013. Foram tidos em consideração os 12 meses anteriores, para cada um dos doentes, por forma a estudar o último ano de vida dos mesmos. Foram analisados a utilização e os custos nos serviços de internamento, urgência e consulta externa. Por forma a obter a distribuição da procura e do consumo de recursos pelos diferentes meses do último ano de vida, assim como a influência das características dos doentes nesta distribuição, apuraram-se os valores mensais da utilização e custos e a percentagem do último mês.

Resultados: Foram incluídos 484 doentes, sendo os doentes do género feminino (53,1%), com idade superior a 75 anos (64,7%) e com diagnóstico principal de sepsis (9,9%) os mais frequentes. A procura pelos cuidados de internamento aumentou no último mês (55%) e as urgências nos últimos três meses, sendo que atingiu o seu máximo no último mês de vida (34%). Os custos estão maioritariamente concentrados no último mês de vida (61%), sendo o internamento responsável por 98% das despesas no último mês de vida.

Conclusões: Os resultados obtidos permitem concluir que a utilização e os custos com os serviços de saúde estão essencialmente concentrados no último mês de vida. Por fim, e de forma a reduzir a utilização e os custos hospitalares no último ano de vida, torna-se basilar reorganizar a rede de cuidados de saúde, nomeadamente na criação de novas unidades de cuidados na comunidade, mais próximos dos doentes e que respondam às necessidades dos mesmos.

Palavras-chave

Distribuição, Utilização, Consumo, Último ano de vida, Cuidados hospitalares.

Abstract

Context: The search and costs of healthcare services vary throughout a person's last year of life. The distribution of its use and costs per month are sensitive to different characteristics, such as age, gender, main diagnosis, comorbidities, proximity to death and availability of resources in the community. Therefore, the main purpose of this investigation is to study the distribution healthcare services requirements and the costs of resources in the last year of life.

Methodology: The sample was constituted by all the patients aged above 18 years old, who died during hospitalization in the year of 2013. It was taken under consideration the 12 previous months for each one of the patients, aiming to study their last year of life. The analysis was focused on healthcare use and its costs, namely in wards, emergency department and outpatients. It was necessary to determine the monthly values of using healthcare services, its costs and the percentage of the last month, in order to obtain a distribution of the demand and consumption of resources through the last 12 months of their lives, as well as to understand the influence of patients' features in this distribution.

Results: 484 patients were included, finding more frequently female patients, aged above 75 years old (64,7%), with the main diagnosis of sepsis (9,9%). The demand for hospitalization services increased in the last month of life (55%) as well as the admissions in the emergency department in the last three months, reaching as high as 34% in the last one. The costs are mainly concentrated in the last month of life (61%), being hospitalization responsible for 98% of the expenses in the last month.

Conclusions: The final results allow the conclusion that healthcare services utilization and costs are essentially concentrated in the last month of life. Finally, as an attempt to reduce the healthcare demands and costs during that last year, it becomes crucial to reorganize the healthcare network, specially the foundation of new healthcare units in the community, closer to the patients and effectively fulfilling their needs.

Keywords: distribution, utilization, costs, last year of life, hospital healthcare

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo	v
Abstract	vi
Lista de abreviaturas.....	xi
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico.....	3
2.1. Pertinência	3
2.2. A rede de cuidados paliativos em Portugal	6
2.2.1. Perfil demográfico nacional.....	6
2.2.2. Rede de cuidados paliativos nacionais	8
2.3. Utilização de cuidados de saúde no último ano de vida	9
2.3.1. Fatores associados à utilização no último ano de vida	9
2.3.2. Distribuição da utilização no último ano de vida.....	11
2.4. Custos no último ano de vida.....	14
2.4.1. Fatores associados aos custos no último ano de vida	14
2.4.2. Distribuição dos custos no último ano de vida	15
3. Objetivos.....	19
4. Metodologia	21
4.1. Tipo de estudo.....	21
4.2. Período de estudo	21
4.3. Seleção da amostra em estudo	21
4.4. Fontes de dados.....	22
4.5. Definição das variáveis	22
4.6. Análise de dados	24
5. Resultados.....	27
5.1. Caracterização demográfica	27
5.2. Distribuição da utilização dos cuidados de saúde.....	28
5.3. Distribuição dos custos com os cuidados de saúde	32

6. Discussão	39
6.1. Discussão metodológica	39
6.2. Discussão dos resultados	41
6.3. Importância para a gestão das organizações em saúde	45
7. Considerações Finais	49
8. Referências bibliográficas	51
Anexos	61
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde	62
Anexo 2 – Distribuição da utilização por mês por características dos doentes	64
Anexo 3 – Distribuição dos custos por mês por características dos doentes	70

Índice Figuras

Figura 1 - Percentagem de mortes por local de morte por faixa etária, Portugal 2004-2013	7
Figura 2 Percentagem de mortes por local de morte por causa principal de morte, Portugal 2004-2013	8
Figura 3 - Três trajetórias das doenças crónicas.....	10

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Descrição das características dos doentes	27
Tabela 2- Importância das características dos doentes na distribuição do número de episódios de internamento, urgência e consulta externa no último ano de vida	31
Tabela 3- – Percentagem dos custos no último mês de vida por características dos doentes.....	35
Tabela 4 - Distribuição do número total de episódios de Internamento por características dos doentes	65
Tabela 5 - Distribuição do número total de episódios de Urgência por características dos doentes	66
Tabela 6 – Distribuição do número total de episódios de Consulta Externa por características dos doentes	68
Tabela 7 - Distribuição por mês dos custos totais do Internamento por características dos doentes	71
Tabela 8 - Distribuição por mês dos custos totais da Urgência por características dos doentes.....	72
Tabela 9 - Distribuição por mês dos custos totais da Consulta Externa por características dos doentes	74

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição do número de episódios de internamento no último ano de vida	28
Gráfico 2 - Demora média de internamento por mês	29

Gráfico 3 - Distribuição do número de episódios de urgências por mês.....	29
Gráfico 4 - Distribuição do número de episódios de Consultas Externas por mês.....	30
Gráfico 5 - Distribuição dos custos totais por mês	32
Gráfico 6 - Distribuição dos custos do internamento por mês	33
Gráfico 7 - Distribuição dos custos da Urgência por mês	34
Gráfico 8 - Distribuição dos custos da Consulta Externa por mês	34

Lista de abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DR – Diário da República

EUA – Estados Unidos da América

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

ICD-9-CM – Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica

IMC – Índice de Massa Corporal

MGF – Medicina Geral e Familiar

MS – Ministério da Saúde

OPCP – Observatório Português de Cuidados Paliativos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACE – Program of All Inclusive Care of the Eldery

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

1. Introdução

Os cuidados no último ano de vida são responsáveis por uma parcela importante das despesas em saúde. Portanto, conhecer o atual consumo e consequentemente, os custos dos cuidados no último ano de vida constituem a pedra basilar para fundamentar discussões e o desenvolvimento de estratégias, que visem a melhoria de cuidados a este grupo populacional específico.

A utilização e os custos no último ano de vida são influenciados por diversos fatores, tais como idade, diagnóstico principal, diagnósticos secundários, proximidade da morte, localização geográfica/residência dos doentes ou recursos da comunidade, entre outros aspetos. Importa no entanto referir que os cuidados primários e os cuidados paliativos desempenham um papel preponderante junto destes doentes e seus familiares, numa fase particular das suas vidas. Este tipo de cuidados tem influência na quantidade e duração dos episódios de internamento, nas admissões ao serviço de urgência e unidades de cuidados intensivos. Mas principalmente, na qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores, assim como na forma de morrer.

A falta de estratégias destinadas a estes doentes, em particular, dita a forma como os mesmos vivenciam a fase final das suas vidas. A falta de políticas e de recursos específicos da comunidade, que respondam às necessidades destes doentes, influenciam as opções terapêuticas. Estas intervenções sujeitam os doentes por vezes a procedimentos agressivos, sem que acrescentem valor à saúde, aumentando em simultâneo, as despesas neste setor.

Neste sentido, ao delinear novas estratégias de cuidados em saúde e em específico a este grupo populacional, deve-se ter em consideração os recursos da comunidade existentes e as preferências dos doentes, por forma a implementar medidas que possam ir ao encontro das necessidades dos mesmos.

Assim, e com vista a desenvolver novas políticas de cuidados em fim de vida, torna-se premente conhecer a forma como a utilização e os custos hospitalares se distribuem ao longo do último ano de vida, tendo em consideração as características dos doentes.

O reduzido número de publicações e estudos desenvolvidos a nível nacional, serve em parte de fundamento a este trabalho e torna a sua elaboração ainda mais desafiante.

A realização deste trabalho tem como objetivo principal estudar a distribuição da utilização e do consumo de recursos ao longo do último ano de vida, dos doentes

falecidos num hospital, recorrendo à base de dados de morbilidade hospitalar e *WebGDH*. Como objetivos específicos pretende-se:

- apurar a utilização de cuidados e o consumo de recursos no último ano de vida, a nível global e por patologia;
- caracterizar a distribuição da utilização de cuidados de saúde e do consumo de recursos por período no último ano de vida;
- analisar o impacto das características dos doentes na distribuição da utilização e do consumo ao longo do último ano de vida.

Por forma a atingir os objetivos delineados, o trabalho encontra-se estruturado em três partes:

- Parte conceptual, onde será efetuada a revisão da literatura, no sentido de enquadrar a temática da distribuição da utilização e dos custos no último ano de vida, tanto a nível internacional, como nacional, dando suporte aos dados que serão analisados em capítulos posteriores;
- Parte metodológica, onde se abordará o tipo de estudo, seleção da amostra de estudo, fontes de dados, definição de variáveis e metodologia de cálculo dos custos da utilização dos cuidados;
- Parte empírica, composta pela análise e discussão dos dados obtidos, para a investigação em questão. Nesta fase são ainda enunciadas as conclusões do trabalho, assim como as limitações e recomendações para futuros trabalhos.

Como conclusão, pretende-se com este estudo aumentar o conhecimento existente relativo aos cuidados em fim de vida, mais especificamente a distribuição da utilização e custos no último ano de vida, dando a conhecer a realidade de um hospital, durante um ano. Acredita-se que este trabalho possa estimular a realização de novos estudos nesta área e simultaneamente, promover uma gestão dos serviços de saúde de excelência.

2. Enquadramento teórico

Este capítulo pretende enquadrar a temática da distribuição da utilização e dos custos ao longo do último ano de vida. Numa primeira fase explicar-se-á a relevância da temática, apontando de uma forma genérica, os aspetos pertinentes responsáveis pelo consumo de recursos, nesta fase particular da vida. De seguida, enunciar-se-á a oferta de cuidados disponível em Portugal, específica para estes doentes. Posteriormente, abordar-se-á a utilização e os custos dos cuidados, quer ao nível dos fatores responsáveis por este consumo, quer ao nível dos diferentes horizontes temporais.

2.1. Pertinência

Este ponto tem como objetivo descrever a importância e a necessidade de conhecer e debater a realidade existente relativa à utilização e custos dos cuidados de saúde no último ano de vida.

A esperança média de vida tem evidenciado uma evolução crescente ao longo dos últimos anos em Portugal, de 67,1 anos em 1970, para 80,2 anos em 2013 (1). Paralelamente, estima-se que em 2060 a população nacional falecida possa ascender aos 148.000 óbitos (cenário baixo), ou 153.600 óbitos (cenário elevado), face aos 95.007 óbitos ocorridos em 1960 (2)(3). A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta ainda um valor global crescente de mortes entre os 64,3 milhões em 2015 e os 74,3 milhões em 2030 (4).

Em 1990, as mortes ocorriam maioritariamente por causa agudas, como a pneumonia, tuberculose, ou diarreia. Os doentes faleciam em casa, ao cuidado dos seus familiares e com baixo nível de incapacidade. Atualmente, as mortes são provocadas na sua maioria por doenças crónicas e com elevado grau de incapacidade. Uma parcela importante destes doentes falece nos hospitais, ou instituições ao cuidado de profissionais de saúde (5).

O atual envelhecimento e consequente aumento da esperança média de vida da população mundial, derivado da geração *Baby Boomer* e acompanhado do aumento das doenças crónicas, têm demonstrado a necessidade de políticas destinadas aos cuidados em fim de vida. A falta de definição de estratégias no que concerne aos cuidados em fim de vida, em muito contribui para esta carência de políticas. (6)(7)(8)(9)(10)(11)(12).

Como tal, a escassez de recursos, nomeadamente de redes de cuidados paliativos, são reflexo desta falta de políticas. Os cuidados paliativos são definidos como o tipo de “cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes (adultos ou crianças) e seus familiares, que estão a enfrentar doenças graves/ou potencialmente fatais. Estes cuidados previnem e aliviam o sofrimento recorrendo à identificação precoce e ao tratamento correto da dor e de outros problemas, como psicológicos, sociais e espirituais” (13).

Cerca de 10% das despesas em saúde estão associadas aos cuidados prestados a doentes em fim de vida, portanto com a crescente progressão da esperança média de vida, os custos em saúde irão aumentar. Estudos revelam uma despesa com os cuidados de saúde 13,5 vezes superior para os doentes que faleceram, quando comparados com os sobreviventes, tornando assim este tema relevante para futura discussão. Quando se especifica para a idade, verifica-se que as despesas são maiores nos grupos mais novos (idade inferior a 70 anos). Tal é justificado pela diminuição dos cuidados prestados em ambiente hospitalar, diminuição de cuidados invasivos e utilização de cuidados paliativos nos grupos mais velhos (6)(12)(14).

Como tal, perceber a utilização e os custos no último ano de vida constitui a pedra basilar na avaliação do custo-efetividade de intervenções médicas, da qualidade de vida, no desenvolvimento e implementação de modelos de afetação de recursos e na promoção da discussão relativa a futuras despesas em saúde (6)(12)(15)(16). Neste sentido, a OMS definiu como prioridade de saúde pública global a melhoria dos cuidados em fim de vida (17)(18).

Em boa verdade, quando se aborda o tema da utilização e custos no último ano de vida diversas questões se levantam, nomeadamente a pertinência de procedimentos invasivos, a admissão em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), assim como a garantia de qualidade de vida dos doentes e seus familiares/cuidadores, tendo em consideração a variedade de doenças existentes (19).

Em Inglaterra, aproximadamente 7% dos doentes que preencheram os critérios *Gold Standards Framework* dos cuidados paliativos, foram admitidos para internamento hospitalar considerados evitáveis. Entre as principais causas de internamento evidencia-se o estado confusional e o controlo de sintomas, como a dor (20). Tanuseputro e outros verificaram que 9,1% dos internamentos ocorridos no último ano de vida, no Canadá, apresentavam como diagnóstico principal uma patologia da área dos cuidados paliativos, correspondendo a 7,3% dos custos do internamento (7). Importa referir que as admissões hospitalares são responsáveis por efeitos negativos

junto dos doentes e seus familiares, causando angústia, *stress* e perda de qualidade de vida (21). Estes dados refletem, deste modo, a importância da rede de cuidados paliativos na redução dos internamentos evitáveis.

Neste sentido, a existência de serviços de cuidados paliativos determina em parte a forma de viver/morrer da população e consequentemente, a utilização, o consumo de recursos e os custos em saúde. A existência destes serviços proporciona cuidados de conforto e suporte ao doente e sua família, em detrimento de cuidados agressivos desnecessários e de internamentos considerados evitáveis (8)(20).

Não obstante, estima-se que a nível mundial mais de 19 milhões de pessoas carecem de assistência em cuidados paliativos. As doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crónicas, Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e diabetes estão entre as doenças que mais levam os indivíduos a procurar cuidados paliativos (9)(22)(23).

À semelhança dos cuidados paliativos, a rede de cuidados primários constitui de igual modo, um recurso basilar na redução de dias de internamento, nos internamentos evitáveis, nas mortes ocorridas em contexto de internamento hospitalar e consequentemente, nos custos em saúde no último ano de vida (24). Kronman e outros constataram que os doentes com insuficiência cardíaca congestiva e com doença pulmonar obstrutiva crónica, que recorreram ao seu médico de família pelo menos seis vezes no último ano antes de falecer, registaram um menor número de dias de internamento, de custos, de óbitos ocorridos em contexto hospitalar e de internamentos evitáveis (24).

Deste modo, ao projetar cuidados específicos a esta população em particular, torna-se essencial avaliar os recursos da comunidade existentes e posteriormente, investir em serviços que vão ao encontro das necessidades e preferências dos doentes e seus familiares. Destaca-se os cuidados primários e paliativos mais abrangentes e próximos da população, melhorando assim a eficiência dos serviços de saúde. De uma forma sucinta Higginson defende a acessibilidade, a integração de serviços de saúde e sociais, os locais de morte e preferências dos doentes, como aspetos relevantes a considerar nos cuidados em fim de vida (25)(26).

Por último, a preocupação com o estado de saúde da população tem sido evidenciada ao longo dos últimos anos, demonstrando assim, um esforço no reconhecimento das oportunidades de melhoria dos cuidados e de redução dos custos em fim de vida (27).

2.2. A rede de cuidados paliativos em Portugal

Esta parte tem como finalidade descrever a realidade portuguesa existente relativa aos óbitos e recursos em fim de vida. Como tal, abordar-se-á a distribuição dos óbitos tendo em consideração a idade e género, as principais causas de morte, preferências dos doentes; rede de cuidados paliativos e domiciliários existentes. De referir que a elaboração deste ponto teve por base o documento do Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP), recentemente publicado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (28).

2.2.1. Perfil demográfico nacional

Em Portugal, morrem anualmente cerca de 105 milhões de pessoas, numa população constituída por 10.5 milhões de habitantes (10 óbitos por cada mil habitantes). A Grande Lisboa e o Grande Porto são as regiões que apresentam maior número de habitantes (2 milhões e 1.3 milhões respetivamente), assim como de mortes (18600 e 10600 por ano respetivamente) (28).

A nível nacional, 82% da população morre com idade superior aos 65 anos, sendo que destas, 40% morre com idade superior aos 85 anos. Quando se especifica para o género, são as mulheres que vivem mais tempo e portanto morrem em idade mais avançada. Assim, 89% das mulheres morre com idade superior a 65 anos e 47% das mulheres morre com idade superior a 85 anos (28).

Por entre as diferentes causas de morte em Portugal, existem três mais frequentes, como (28):

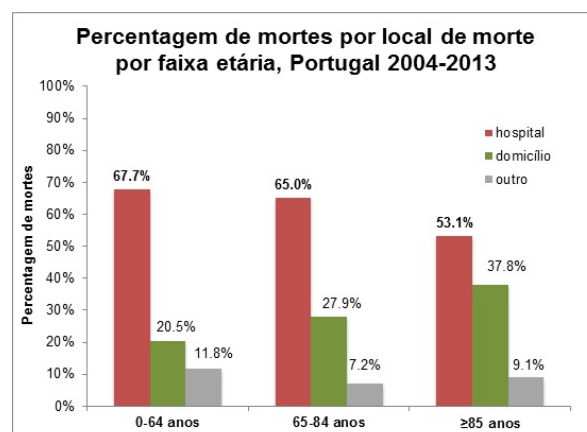
- Doenças cardiovasculares (uma em cada três mortes) - como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença isquémica do coração e enfarte agudo do miocárdio;
- Cancro (uma em cada quatro mortes) - do intestino, estomago, pulmões, próstata, mama, pâncreas e do sangue;
- Doenças do foro respiratório (uma em cada dez mortes) - doença obstrutiva crónica ou pneumonia.

O género masculino foi o mais atingido por estas causas de morte, com exceção para as doenças cardiovasculares, onde se verificou uma prevalência no género feminino (28).

A população portuguesa morre mais nos hospitais (62%) e de seguida no domicílio (30%). Contudo, ao participar no inquérito PRISMA, a população residente em Portugal (1 286), expressou a sua preferência em morrer no domicílio (51,2%), em unidades de cuidados paliativos (35,7%), no hospital (8,9%) e lar/residência (2,2%). Verifica-se assim, uma divergência entre a preferência da população relativa ao local de morte e a realidade existente, revelando a falta de (coordenação) dos recursos na comunidade (29).

Não obstante, com o avançar da idade verifica-se um decréscimo das mortes hospitalares. Deste total, apenas 27% dizem respeito a doentes com idade superior a 85 anos. Porém, 53% das mortes registadas nestas idades ocorrem nos hospitais. Quando se especifica para as idades inferiores aos 65 anos, 68% das mortes têm lugar no hospital. São também os homens que mais morrem nos hospitais, numa proporção de 115 óbitos, face aos 100 óbitos femininos (28).

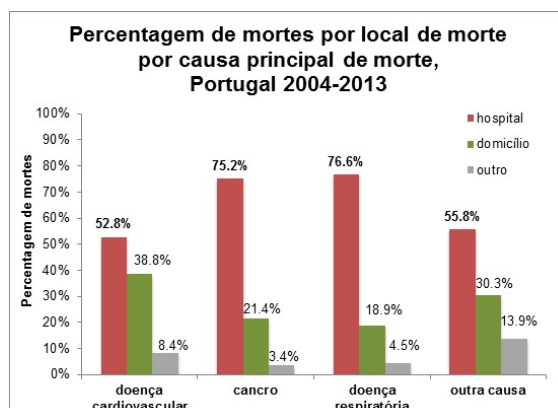
Figura 1 - Percentagem de mortes por local de morte por faixa etária, Portugal 2004-2013



Fonte: OPCP, 2016

Ao se estratificar o local de morte por doença é possível verificar que os doentes com doença respiratória (77%) morrem mais nos hospitais, seguidos dos doentes com cancro (75%) ou doenças cardiovasculares (53%) (28).

Figura 2- Percentagem de mortes por local de morte por causa principal de morte, Portugal 2004-2013



Fonte: OPCS, 2016

2.2.2. Rede de cuidados paliativos nacionais

Em Portugal a oferta de cuidados paliativos encontra-se ainda muito reduzida, embora tenha-se verificado ao longo dos últimos anos, diversas iniciativas políticas para aumentar o número de serviços disponíveis (27)(29)(30)(31).

Atualmente existem em território nacional 87 equipas de cuidados paliativos, sendo 2/3 geridas por entidades públicas e 1/3 geridas por entidades privadas (maioria com acordo com o Serviço Nacional de Saúde, subsistemas de saúde e seguradoras). A cidade de Lisboa e Porto são as regiões nacionais com mais equipas de cuidados paliativos, com 15 e 8 equipas respetivamente (28).

No que se refere aos internamentos, existem 31 unidades a nível nacional e 19 estão sob gestão de entidades privadas (portanto cerca de 60%). As regiões com maior número de unidades são Lisboa com sete unidades, Porto com quatro unidades e Península de Setúbal com três unidades (28).

Os hospitais podem ainda contar com o apoio de equipas de cuidados paliativos. Atualmente existem 54 hospitais (dois hospitais privados - Hospital de Cascais e Hospital da Luz Póvoa), 36 dos quais possuem equipas sediadas no próprio hospital. A região do Porto e de Lisboa são novamente as regiões com maior número de hospitais com o apoio de equipas de cuidados paliativos, com 10 e 9 hospitais respetivamente (28).

Por último, o apoio domiciliário prestado por estas equipas encontra-se ainda muito deficitário, com apenas 22 equipas distribuídas pelas diferentes regiões nacionais. Destas equipas, 15 têm gestão pública com base em hospitais e cuidados de saúde

primários. De todas as regiões, o Porto é a que apresenta mais equipas de apoio domiciliário, perfazendo um total de cinco. No entanto, importa ressaltar que o interior centro do continente encontra-se particularmente carenciado neste tipo de serviços (28).

2.3. Utilização de cuidados de saúde no último ano de vida

Este capítulo pretende identificar em primeiro lugar as características que influenciam a utilização de cuidados de saúde no último ano de vida. Posteriormente, será abordada a distribuição da utilização dos cuidados ao longo do último ano de vida.

2.3.1. Fatores associados à utilização no último ano de vida

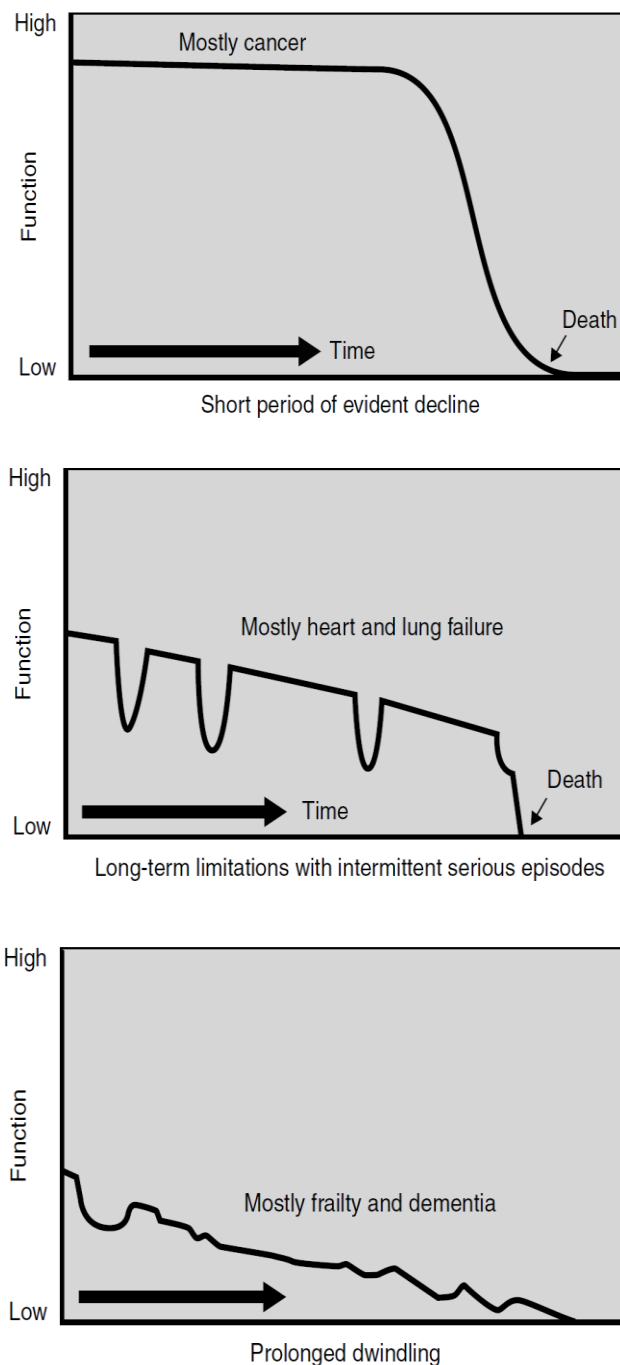
A utilização dos cuidados de saúde, segundo Andersen e Newman, é determinada por três dimensões: a) atributos pessoais que predispõem os indivíduos a adoecer (idade, género); b) fatores que facilitam o acesso aos cuidados (rendimento, ter ou não companheiro); c) fatores que refletem a necessidade de cuidados (doença, incapacidade). A procura de cuidados hospitalares é influenciada por diferentes características, como o elevado número de doenças crónicas, nível de incapacidade, *deficit* visual, entre outras condições de saúde. Todavia, limitações funcionais, reduzida *performance* física, *deficit* auditivo e sintomas depressivos representam fraca ou nula influência na utilização de cuidados hospitalares. A procura de cuidados não está assim, relacionada em primeiro lugar com a doença principal, mas sim, com as consequências que a mesma acarreta, como as incapacidades e limitações (32).

Neste sentido, as diferentes limitações sentidas pelos doentes, diferem de acordo com a sua principal patologia e tal é evidente na figura 3. Nas doenças neoplásicas, a maioria dos doentes consegue fazer as suas atividades de vida diárias com algum conforto e sem limitações de maior. Contudo, a deterioração do estado de saúde é abrupta, geralmente em semanas ou dias antes de ocorrer o óbito (5).

Nas doenças cardíacas ou pulmonares, os doentes vivem por um longo período de tempo, com limitações *minor*. Ocasionalmente, estes doentes sofrem um agravamento do seu estado de saúde, sobrevivendo a alguns episódios. A sua morte é repentina e frequentemente originada por uma complicação decorrente da doença (5).

Em doenças como a demência ou o AVC, os doentes vivenciam uma deterioração progressiva do seu estado de saúde, acabando por falecer (5).

Figura 3 - Três trajetórias das doenças crônicas



Fonte: Lynn e Adamson (2003)

No que se refere ao gênero e após se efetuar ajustamento pelo risco, são as mulheres que detêm maior probabilidade de serem internadas quando comparadas com os homens, embora Rosenwax *et al* e Pot *et al* defendam o oposto. São também estas que recorrem mais aos serviços de enfermagem, assim como aos cuidados

domiciliários e cuidados paliativos. Contudo, não se verificou qualquer associação de género à utilização de cuidados em ambulatório ou de consultas médicas (32)(33)(34).

Ao estratificar em diferentes grupos etários, é nas idades mais jovens que se verifica uma maior probabilidade de internamento. Contrariamente, nos serviços de ambulatório, de enfermagem, de cuidados domiciliários e de cuidados paliativos, são os mais idosos que mais procuram estes serviços, verificando-se ainda uma redução da utilização das UCI nas idades superiores a 70 anos. Embora, Menec e outros defendam que é nas idades superiores a 85 anos que se verifica uma redução mais significativa da procura das UCI. Como tal, os doentes mais idosos têm menos probabilidade de serem internados e de receber cuidados mais agressivos no último ano de vida. De referir que a idade não exerce qualquer influência significativa na duração do internamento no último ano de vida (19)(32)(33)(34)(35).

Para além da idade e do género, o estilo de vida, pese embora com menor efeito, é também considerado um fator influenciador da utilização dos cuidados de saúde no último ano de vida. O consumo de tabaco, o Índice de Massa Corporal (IMC), a tensão arterial e o colesterol, dependendo dos seus valores podem ser responsáveis pelo aumento do número de internamentos (16).

Os dias de internamento especificamente podem variar de acordo com a principal causa de morte e com a área de residência dos doentes. Indivíduos que venham a falecer por ferimentos, patologias circulatórias ou do sistema sensorial-nervoso detêm uma menor probabilidade de ficar mais dias internados, em comparação com doentes que morrem por neoplasias. Os residentes das zonas rurais apresentam maior número de admissões hospitalares e ficam em média mais dias internados que os indivíduos das zonas urbanas (16)(19)(34).

2.3.2. Distribuição da utilização no último ano de vida

Tendo em linha atenção as determinantes agora enunciadas, será abordado de seguida os dados relativos à utilização dos cuidados de saúde no último ano de vida, quer em número de episódios (internamento/consultas/episódios de urgência), quer em duração de internamento.

Num estudo efetuado aos doentes australianos **no último ano de vida**, verificou-se que os doentes são internados em média 7.8 vezes, com duração de internamento de 5.6 dias, por episódio. Os doentes com neoplasias são internados em média 7.6 vezes, tendo cada internamento uma duração média de 41.3 dias. Os doentes

falecidos por outras causas que não do foro oncológico apresentam em média 8.1 episódios de internamento, com duração média de 49.6 dias por episódio (34).

Shugarman e outros ao estudarem os doentes falecidos com neoplasia do pulmão verificaram que aproximadamente 85% dos beneficiários da Medicare foram submetidos a internamento pelo menos uma vez, no **último ano de vida** (33).

Ao analisar os **últimos seis meses de vida** de doentes residentes na Suíça, constatou-se que 60.8% dos doentes falecidos estiveram internados, com uma duração aproximada de 17 dias. No que se refere ao número de consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF), 55.1% teve pelo menos uma consulta e 26% teve pelo menos uma consulta de especialidade no período estudado. Na generalidade, os doentes tiveram em média 2.9 consultas de MGF e 0.8% consultas de especialidade. Contrariamente ao que poderia ser esperado, os autores defendem que quanto maior for o número de consumo de medicamentos, de dias de internamento e de consultas, quer sejam de MGF ou de especialidade, maior será a probabilidade de se falecer no hospital. Tal facto pode ser devido à elevada carga de doença/severidade dos doentes internados (27).

Num estudo efetuado em alguns países da Europa, focado nos **últimos três meses de vida** de doentes com neoplasias, constatou-se que neste período mais de 50% dos doentes são retirados do seu contexto habitual, sendo submetidos a internamentos em hospitais ou em outros recursos da comunidade. Um número considerável de doentes (entre um terço a metade) são admitidos para internamento hospitalar **na última semana**, acabando por falecer neste local (36).

Nos Estados Unidos da América (EUA) entre o ano de 2000 e 2009 os óbitos ocorridos em ambiente hospitalar diminuíram 8%, assim como, o número total de dias de internamento. Porém, as admissões nas UCI no **último mês de vida** aumentaram em 4.9%. O recurso a cuidados paliativos verificou um acréscimo na sua utilização de 21.6%, em 2000, para 42.2%, em 2009, sendo que 28.4% destes doentes esteve apenas três ou menos dias internados nestes serviços, acabando por falecer. Quando especificado para patologias, 80% dos doentes falecidos do Medicare, com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica foram submetidos a internamento nos **últimos três meses** de vida e cerca de 40% destes, foram admitidos numa UCI no **último mês de vida**. Os doentes com demência verificaram igualmente, um aumento nas admissões das UCI entre 2000 e 2009 (37).

Este aumento da utilização das UCI é corroborada por Menec e outros, ao verificarem que nos últimos seis meses de vida, 69.2% dos dias despendidos na UCI estavam

concentrados no **último mês** (19). É também no **último mês de vida** que se verifica o aumento significativo de dias de internamento, em 291%, relativamente aos cinco meses anteriores (19).

À semelhança das admissões nas UCI, a procura de Serviços de Urgência (SU) é igualmente, um indicador de baixa qualidade para os doentes em fim de vida. Em 1071 dos doentes estudados na Austrália, 70% deu entrada num SU hospitalar, no **último ano de vida** e 4% no **último dia de vida**. Os doentes falecidos com neoplasias foram admitidos em média no SU, 1.7 vezes e os doentes falecidos por outras causas, 2.5 vezes. No Canadá, 36.5% dos doentes falecidos recorreram uma vez ao SU nos **últimos seis meses de vida**, 26.8% duas vezes, 15.9% três vezes, 8.9% quatro vezes, 4.9% cinco vezes e 6.9% seis vezes ou mais. Nas **duas últimas semanas**, 85.3% doentes recorreram uma vez ao SU e 12.4% duas vezes. Destes 5.2% acabaram por falecer no SU (21)(34)(38)(39).

A procura dos SU aumenta significativamente (50%), se os doentes não estiverem incluídos em programas de cuidados paliativos. Os principais sintomas que originam a procura dos SU, por parte dos doentes oncológicos, prendem-se com o quadro de queixas álgicas abdominais, dispneia, pneumonia, mal-estar, fadiga e derrame pleural. Para o aumento da procura destes serviços contribuem ainda características como doença oncológica, mais especificamente neoplasia do pulmão, género masculino, etnia negra, e baixo estatuto socioeconómico. Não se comprovou a existência de relação entre a idade e as admissões nos Serviços de Urgência (21)(34)(38)(39).

O consumo de recursos no último ano de vida é influenciado por diferentes características, entre as quais o diagnóstico principal, como já referido anteriormente. Os doentes falecidos por morte súbita apresentam um padrão de consumo de recursos diferente dos doentes falecidos até então abordados. As vítimas de morte súbita são mais jovens (aproximadamente cinco anos) e apresentam baixo risco cardíaco. Apresentam igualmente, poucos registos de internamentos e a duração deste é reduzida. Os custos quando comparados com os doentes que faleceram por outras causas são também reduzidos (15).

Sensivelmente seis em cada dez doentes, que faleceram de morte súbita, estiveram internados no último ano de vida, comparados com nove em cada dez doentes que faleceram por outras causas. Estes últimos tiveram em média o dobro de hospitalizações (2.4 a 3.5), em relação aos indivíduos que faleceram por morte súbita (1.4). No que se refere à duração de internamento, foram também os doentes com

morte súbita que registaram menor duração de dias de internamento (11.8 dias), em comparação com os doentes que faleceram por outras causas (32.3 a 42.8 dias) (15).

Por fim, as diferentes metodologias adotadas nos estudos aqui apresentados e na pesquisa bibliográfica realizada não permitiram a realização de comparações entre diferentes horizontes temporais, dificultando designadamente a definição do padrão de distribuição da utilização dos cuidados de saúde no último ano de vida dos doentes.

2.4. Custos no último ano de vida

Neste ponto pretende-se enquadrar numa primeira parte os fatores responsáveis pelos custos no último ano de vida. Na segunda parte, será abordada a distribuição dos custos ao longo do último ano de vida com base na utilização dos cuidados de saúde descritos na literatura internacional.

2.4.1. Fatores associados aos custos no último ano de vida

As despesas em saúde no último ano de vida, em doentes da Medicare diminuem com o avançar da idade, em cerca de 400 Dólares por cada ano adicional, sendo que 80% desta redução advém de gastos com serviços hospitalares. Verificou-se que nas idades compreendidas entre os 75 e 84 anos/85 anos ou mais, esta diminuição é duas vezes maior que nas idades entre os 65 e 74 anos/75 e 84 anos. A diminuição associada à idade foi observada tanto no género feminino como género masculino. Todavia, os custos com doentes no último ano de vida aumentam à medida que os níveis de comorbilidade crescem. De referir que as despesas são mais elevadas para os doentes que falecem no hospital (100%), menores para os que morrem nos lares (48%) e ainda mais reduzidas para os que morrem em casa (35)(40).

No último ano de vida, as despesas em saúde são mais elevadas nos grupos etários mais jovens e tal pode ser devido a um maior investimento neste grupo etário, concedendo-lhes prioridade em relação aos mais idosos. Outra questão prende-se com o facto dos indivíduos mais velhos serem portadores de patologias menos dispendiosas ou não quererem prolongar os tratamentos nos meses anteriores ao falecimento (41). Portanto, a diminuição dos custos com doentes mais idosos é resultado em parte de intervenções menos agressivas, como a cateterização cardíaca, diálise ou ventilação mecânica (40).

Os custos hospitalares são mais elevados no grupo dos falecidos, quando comparado com os sobreviventes. Este facto aponta a proximidade da morte como um aspeto

pertinente a contabilizar na análise dos custos em saúde (41). Todavia, estas despesas são menores nos doentes falecidos em idade mais avançada apenas nos serviços de internamento, ambulatório e em consultas médicas. Nos cuidados domiciliários e paliativos são os doentes com mais idade que registam maiores gastos (33)(35).

No que concerne ao género, Serup-Hansen, Wickstrøm e Kristiansen defendem que é nos indivíduos masculinos que se concentram as despesas hospitalares (41). Contrariamente, outros autores defendem que são os doentes do género feminino que registam mais internamentos hospitalares e portanto, despesas hospitalares mais elevadas (1.882 Dólares a mais, quando comparado com o género masculino). Esta diferença de custos entre géneros é explicada pela (1) idade e a doença/condição de saúde do doente; (2) necessidades de saúde distintas de acordo com o género; e (3) tratamento diferenciado. A diferença entre géneros mostrou-se mais evidente nas idades mais jovens. Contudo, ao se analisar com base na regressão linear múltipla, as disparidades de custos existentes entre géneros não se demonstraram relevantes (16)(33).

Apesar dos doentes residentes em zonas rurais serem submetidos a mais internamentos hospitalares, são os doentes das zonas urbanas que apresentam maiores custos em saúde no último ano de vida, em parte devido à facilidade de acesso aos cuidados de saúde (7).

As despesas no último ano de vida são influenciadas por diversos fatores já descritos, como o género, idade, diagnóstico principal, morbilidade, localização geográfica e proximidade da morte. Paralelamente, o local de morte constitui outro indicador, talvez dos mais relevantes, no que diz respeito ao consumo de recursos no último ano de vida. O nível socioeconómico, o consumo de tabaco, os valores elevados de tensão arterial e de colesterol, são fatores que de uma forma *minor* contribuem igualmente para a crescente despesa em saúde (16).

2.4.2. Distribuição dos custos no último ano de vida

Com vista a caracterizar os custos no último ano de vida, será abordado nesta parte os dados relativos aos custos de acordo com as diferentes patologias, serviços e horizontes temporais.

No **último ano de vida**, cada doente holandês apresenta uma despesa de 14.906€, estando os custos essencialmente concentrados nos hospitais (54%), lares (19%), medicamentos (7%) e cuidados domiciliários (7%). Importa salientar que os custos

variam de acordo com as diferentes causas de morte. Assim, as despesas relacionadas com enfarte agudo do miocárdio (8.068€) e com ferimentos são relativamente baixas, devido ao carácter inesperado da sua ocorrência e pela elevada mortalidade associada. Por entre as patologias mais dispendiosas, as neoplasias encontram-se no topo, com variações significativas entre a neoplasia do pulmão (14.216€) e as neoplasias do sistema linfático e do tecido hematopoiético (26.712€). Num nível intermédio encontram-se as doenças do foro cardiovascular, pelos reduzidos custos para os que morrem no imediato, ou muito cedo e pelos elevados custos nos que necessitam de cuidados por um longo período de tempo (12). Destaca-se que uma parcela importante das despesas está alocada às incapacidades decorrentes do processo de doença e não à mortalidade (12)(27).

Adicionalmente, os óbitos registados na sequência de morte súbita têm custo aproximado de 23 mil Dólares. Os doentes falecidos por enfarte agudo do miocárdio, ou por outras causas que não do foro cardiovascular incorrem em custos entre os 70 e os 76 mil Dólares. As mortes associadas a outras causas cardiovasculares são responsáveis por custos mais elevados, entre os 119 e os 195 mil Dólares. Assim, falecimentos associados a morte súbita são responsáveis por custos 2.6 a 5.4 vezes mais baixos que as mortes registadas por outras causas (15).

Nos **últimos seis meses de vida**, os custos de doentes com neoplasias aproxima-se dos 18.000€ e no **último mês** ultrapassa os 6.000€. Para os doentes falecidos por outras causas (incluindo a morte súbita), estas despesas ascendem os 12.806€ e 4.311€, respetivamente. Portanto, um terço das despesas analisadas nos últimos seis meses de vida estão alocadas ao último mês de vida (35).

No Canadá, um indivíduo no **último ano de vida**, apresenta uma despesa média de 53.661 Dólares e portanto, bem superior ao apresentando no estudo holandês. O **custo anual total** com estes doentes ascende os 4.7 mil milhões de Dólares, o que corresponde a 10% do orçamento para a saúde. O pico da despesa é atingida no grupo etário dos 65-74 anos e volta a decrescer nos doentes com idade superior a 75 anos. Os autores defendem ainda, que os **últimos quatro meses de vida** representam 95% dos custos totais, no último ano de vida (7)(42).

A maior parcela desta despesa diz respeito aos custos com o internamento (42.9%), de seguida com cuidados continuados (15.5%), consultas médicas (10.0%) e cuidados domiciliários (8.3%). Em média, os custos com o internamento nestes doentes tem um valor de 30.872 Dólares, mas se este internamento incluir uma admissão na UCI este valor aumenta para 51.011 Dólares. No que se refere às consultas médicas (5.431

Dólares), medicamentos e equipamentos médicos (3.306 Dólares), análises laboratoriais (272 Dólares) e episódios de urgência (1.535 Dólares), estas representam menos de 20% das despesas (7).

De referir que segundo Davis et al (43) existem quatro padrões de consumo de cuidados de saúde no último ano de vida, “*high persistent spending*” (48,7%), “*moderate persistent spending*” (29,0%), “*progressive spending*” (10,2%) e “*late rise spending*” (12,1%).

Por último e à semelhança do descrito na utilização dos cuidados de saúde, não foi possível efetuar comparações entre os diferentes períodos, pela própria metodologia dos estudos aqui abordados. O que dificulta mais uma vez a definição do padrão de distribuição dos custos hospitalares no último ano de vida dos doentes.

Em jeito de conclusão, torna-se relevante apontar de uma forma sucinta as principais conclusões, abordados ao longo deste capítulo. Deste modo, importa reter que:

- O atual envelhecimento e consequente aumento da esperança média de vida da população mundial, acompanhada do aumento das doenças crónicas, têm demonstrado a necessidade de políticas destinadas aos cuidados em fim de vida.
- A população morre maioritariamente nos hospitais, contrariamente às suas preferências, expressando vontade de morrer em casa;
- Fatores como preferências pelos cuidados, crescimento económico, novas tecnologias médicas, mudanças nos padrões de doença e mudanças no sistema político têm influência na utilização e consequentemente, nos custos em saúde.
- É o no último mês de vida que se verifica o aumento significativo de dias de internamento, em 291%, relativamente aos cinco meses anteriores
- A procura dos SU aumenta significativamente (50%), se os doentes não estiverem incluídos em programas de cuidados paliativos.
- As admissões hospitalares são responsáveis por efeitos negativos junto dos doentes e seus familiares, causando angústia, *stress* e perda de qualidade de vida
- Cerca de 10% das despesas em saúde estão associadas aos cuidados prestados a doentes em fim de vida, sendo estes custos 13.5 vezes superiores para os doentes que faleceram, quando comparados com os sobreviventes.

- As despesas no último ano de vida são influenciadas por diversos fatores como o género, idade, diagnóstico principal, morbilidade, localização geográfica, proximidade da morte e local de morte.

- As despesas são mais elevadas para os doentes que falecem no hospital (100%), menores para os que morrem nos lares (48%) e ainda mais reduzidas, para os que morrem em casa.

- A rede de cuidados primários constitui um recurso basilar na redução de dias de internamento, nos internamentos evitáveis, nas mortes ocorridas no internamento hospitalar e consequentemente, nos custos em saúde no último ano de vida.

- A existência de serviços de cuidados paliativos determina em parte a forma de viver/morrer da população e consequentemente, a utilização, o consumo de recursos e os custos em saúde.

3. Objetivos

O presente estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento da utilização e do consumo de recursos no último ano de vida.

Definiu-se como objetivo geral estudar a distribuição da utilização e do consumo de recursos ao longo do último ano de vida. No sentido de alcançar o objetivo anteriormente delineado, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- apurar a utilização de cuidados e o consumo de recursos no último ano de vida, a nível global e por patologia;
- caracterizar a distribuição da utilização de cuidados de saúde e do consumo de recursos por período no último ano de vida;
- analisar o impacto das características dos doentes na distribuição da utilização e do consumo ao longo do último ano de vida.

4. Metodologia

Tendo em consideração os objetivos delineados, este capítulo tem início com a descrição do tipo de estudo selecionado e dos critérios de inclusão, onde se abordará o período de estudo e a população alvo. Posteriormente, proceder-se-á à descrição das fontes de dados, à definição das variáveis e consequente análise estatística.

Uma vez que neste estudo se pretende analisar o último ano de vida, procedeu-se a divisão do último ano de vida de cada doente em 12 meses, possibilitando assim, a comparação entre os diferentes meses.

4.1. Tipo de estudo

Por forma a atingir os objetivos anteriormente delineados foi desenhado um estudo observacional, transversal com recolha de informação retrospectiva.

4.2. Período de estudo

Para a realização deste trabalho, selecionaram-se os doentes falecidos no ano civil de 2013 nos serviços de internamento de um hospital. Portanto, o período de estudo em análise corresponde aos óbitos ocorridos no ano de 2013, tendo em consideração os 12 meses anteriores, para cada um dos doentes, por forma a estudar o último ano de vida dos mesmos.

4.3. Seleção da amostra em estudo

A amostra é constituída pelos doentes falecidos no internamento de um hospital, com idade igual ou superior a 18 anos, entre 1 de Janeiro de 2013 e 31 de Dezembro de 2013.

Assim, após se terem excluído seis episódios de internamento, dez episódios de consulta e três episódios de urgência, por terem sido transferidos para outras unidades de saúde e por apresentarem erros de registo (data de consulta posterior à data de óbito, consultas de pediatria e episódios de urgência pediátrica), apuraram-se 484 doentes, constituindo deste modo a amostra deste estudo.

4.4. Fontes de dados

Como instrumento de recolha de dados recorreu-se à base de dados de morbilidade hospitalar, *WebGDH* e *SONHO*.

Deste modo, para cada doente obteve-se a seguinte informação:

- Internamento: género, idade, número do episódio de internamento, data de admissão, data do óbito, número total de dias de internamento, Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH), diagnóstico principal e secundários;
- Consulta externa: data de admissão e tipo de consulta (primeira ou subsequente);
- Urgência: número do episódio de urgência e data de admissão;

Estes dados foram cedidos pelo Serviço de Sistemas e Tecnologia de Informação do Centro Hospitalar, após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde para a realização deste estudo (Anexo 1).

Toda a informação disponibilizada foi cedida e tratada de forma anónima, tendo presente as considerações éticas inerentes ao tratamento da informação individual de cada doente.

4.5. Definição das variáveis

A definição das variáveis está agrupada tendo em consideração a caracterização dos doentes, da utilização e dos custos incorridos no último ano de vida.

Caracterização dos doentes:

- Idade – idade do doente expressa em anos, à data do óbito;
- Grupo etário – 18 – 34 anos; 35 – 64 anos; 65 – 74 anos; > 75 anos;
- Género – 1- Feminino; 2 - Masculino;
- Data de óbito – data do falecimento do doente;
- Grupo de Diagnósticos Homogéneos (GDH) – classificação do episódio de internamento, de acordo com o sistema de classificação de doentes – GDH *All-Patient 27*;

- Diagnóstico principal – Diagnóstico responsável pela admissão do doente no hospital para tratamento – Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica (ICD-9-CM);
- Índice de Comorbilidade de Charlson (ICC) - Este Índice classifica o nível de gravidade do estado de saúde do doente e portanto, o risco de morte. Assim, quanto maior o ICC maior o risco de morte.

O ICC pode ser classificado em 1, 2, 3 ou 6. Classifica-se o ICC em (44)(45):

1 – se enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica, doença cerebrovascular, demência, doença pulmonar crónica, doença do tecido conjuntivo, úlcera, doença hepática ligeira, cirrose e diabetes sem complicações;

2 – se diabetes com complicações, doença renal severa ou moderada, hemiplegia, paraplegia, tumor, leucemia, linfoma;

3 – se doença hepática moderada ou grave;

6 – se tumor com metástases, SIDA.

Caracterização da utilização dos cuidados na instituição de saúde:

- Número de episódios de internamento – número total de episódios de internamento registados nos 12 meses anteriores ao falecimento do doente;
- Duração do internamento – número total de dias de internamento nos 12 meses anteriores ao falecimento;
- Número de episódios de urgência – número total de episódios de urgência registados nos 12 meses anteriores ao falecimento do doente;
- Número de primeiras consultas efetuadas – número total de primeiras consultas efetuadas nos 12 meses anteriores ao falecimento do doente;
- Número de consultas subsequentes efetuadas – número total de consultas subsequentes efetuadas nos 12 meses anteriores ao falecimento do doente;
- Número total de consultas – número total de consultas (primeiras e subsequentes) efetuadas nos 12 meses anteriores ao falecimento do doente.

Caracterização dos custos dos cuidados prestados na instituição de saúde:

- Custo dos internamentos – custo calculado para o total dos internamentos ocorridos nos 12 meses anteriores ao falecimento do doente, com base no Contrato-Programa de 2012 e 2013;
- Custo da urgência – custo calculado para o total de episódios de urgência ocorridos nos 12 meses anteriores ao falecimento do doente, com base no Contrato-Programa de 2012 e 2013;
- Custo das consultas – custo de todas as consultas (primeiras e subsequentes), nos 12 meses anteriores ao falecimento do doente, com base no Contrato-Programa de 2012 e 2013;
- Custo total – custo total (internamento e ambatório) calculado para o último ano de vida do doente.

Para a estimativa dos custos com os cuidados de saúde optou-se pelos preços adotados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), por não estarem disponíveis os custos reais do hospital.

Estipulou-se um preço base de 2.141,70€ para os internamentos ocorridos em 2013 e 2.116,37€, para os internamentos ocorridos no ano de 2012, a partir da Portaria nº 163/2013, de 24 de Abril (46) e Portaria nº 839-A/2009, de 31 de Julho, respetivamente (47)(48)(49). Para cálculo de doente equivalente dos episódios de curta duração, recorreu-se à metodologia adotada pela ACSS (50).

Sendo o Serviço de Urgência do Hospital analisado considerado um Serviço de Urgência Polivalente, cada episódio de urgência teve um valor de 121,81€ para o ano de 2012 e de 112,07€ para o ano de 2013, de acordo com os respetivos Contratos-Programa (48)(49).

Encontrando-se o Hospital estudado inserido no Grupo E, as consultas têm um valor de 83,79€ e 80,34€ para as primeiras consultas (valor majorado em 10%) e de 76,17€ e de 73,04€ para as consultas subsequentes, para o ano de 2012 e 2013, respetivamente. (48)(49).

4.6. Análise de dados

Numa fase inicial, procedeu-se à análise da frequência absoluta e relativa do género e grupo etário. Para a idade recorreu-se ao cálculo da média e desvio padrão, assim como do mínimo e máximo. No que se refere ao diagnóstico principal, foram selecionados os 50% mais frequentes, calculando a frequência absoluta e relativa para

cada um destes. Por fim, procedeu-se ao cálculo do Índice de Comorbilidade de Charlson e respetiva frequência absoluta e relativa para cada um dos seus valores.

Para a análise da distribuição da utilização dos serviços de internamento apurou-se o número total de episódios de internamento, o número de episódios por mês e a percentagem do último mês de vida no total de episódios. Para o internamento, apurou-se ainda a demora média total e para cada mês do último ano de vida.

Para a urgência e consultas externas analisou-se os números totais de episódios registados, como também, o número de episódios por mês e a percentagem do último mês no total de episódios.

Relativamente aos custos, estimaram-se as despesas totais (Internamento, Urgência e Consulta Externa), as despesas por cada mês, assim como, a percentagem dos custos do último mês, no total de custos no último ano de vida. Posteriormente, desagregou-se os custos do último ano de vida em internamento e ambatório (urgência, consulta externa).

Importa realçar que será evidenciada a distribuição do consumo dos cuidados (internamento e ambatório), através do número de episódios e de custos por mês, ao longo do último ano de vida, tendo em consideração as características dos doentes.

Os resultados completos relativos ao impacte das características dos doentes (género, grupo etário, diagnóstico principal e Índice de Comorbilidade de Charlson) na distribuição da utilização e dos custos no último ano de vida serão apresentados como Anexo 2 e 3, por uma questão de exequibilidade deste trabalho.

No que se refere à análise estatística, tendo por base Marôco (51) e Pestana e Gageiro (52), recorreu-se à:

- Estatística Descritiva: **Medidas de tendência central**, como a média e somatório. Trata-se de uma medida que procura caracterizar o valor da variável sob estudo que ocorre com mais frequência; **Medidas de dispersão**, como o desvio padrão, mínimo e máximo. Esta medida indica a dispersão das observações em torno das estatísticas de tendência central, ou na amostra; **Quadro de distribuição de frequências**, como a frequência absoluta e relativa. Esta distribuição indica o número de vezes que cada elemento da variável quantitativa ou qualitativa se repete;

- Estatística Inferencial (Testes Não Paramétricos): **Teste de Mann-Whitney** permite verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos, ou a existência de diferenças entre duas condições; **Teste de Kruskal-Wallis** permite verificar a existência de diferenças entre três ou mais condições.

Os dados utilizados foram analisados em Excel e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 22.0).

5. Resultados

5.1. Caracterização demográfica

Nesta parte será caracterizada a amostra estudada, quanto ao género, idade, grupo etário, diagnóstico principal e Índice de Comorbilidade de Charlson.

Tabela 1 - Descrição das características dos doentes

Género	Frequência	Percentagem (%)
Feminino	257	53,1
Masculino	227	46,9
Total	484	100
Grupo Etário		
18-34	5	1
35-64	83	17,1
65-74	83	17,1
+75	313	64,7
Total	484	100
Média ± Desvio padrão (mínimo-máximo)	76,6 ± 13,5 (19-102) anos	
Diagnóstico Principal		
038 Septicemia	48	9,92
486. Pneumonia devida a microrganismo não especificado	30	6,20
428. Insuficiência cardíaca	27	5,58
434. Oclusão de artérias cerebrais	25	5,17
153. Neoplasia maligna do colon	20	4,13
955. Alguns efeitos adversos, NCOP	20	4,13
820. Fratura do colo do fémur	17	3,51
518. Doenças do pulmão, NCOP	14	2,89
205. Leucemia mieloide	13	2,69
431. Hemorragia intracerebral	12	2,48
202. Neoplasia maligna dos tecidos linfoides ou histiocitarios, NCOP	12	2,48
482. Pneumonia bacteriana, NCOP	9	1,86
Total	247	51,03
Índice de Comorbilidade de Charlson		
0	99	20,5
1	100	20,7
2	76	15,7
3	51	10,5
4	34	7,0
5	13	2,7
6	52	10,7
7	28	5,8
8	14	2,9
9	9	1,9
10	6	1,2
11	2	0,4
Total	484	100

Na tabela 1 é possível verificar que a amostra é composta por 484 doentes, sendo 53% do género feminino. Em média os doentes apresentavam 77 anos de idade, com um desvio padrão de 13,5 anos (intervalo: 19-102), sendo que a maioria dos doentes apresentava uma idade superior a 75 anos (65%), seguido das faixas etárias “65-74” e “35-64” (17%).

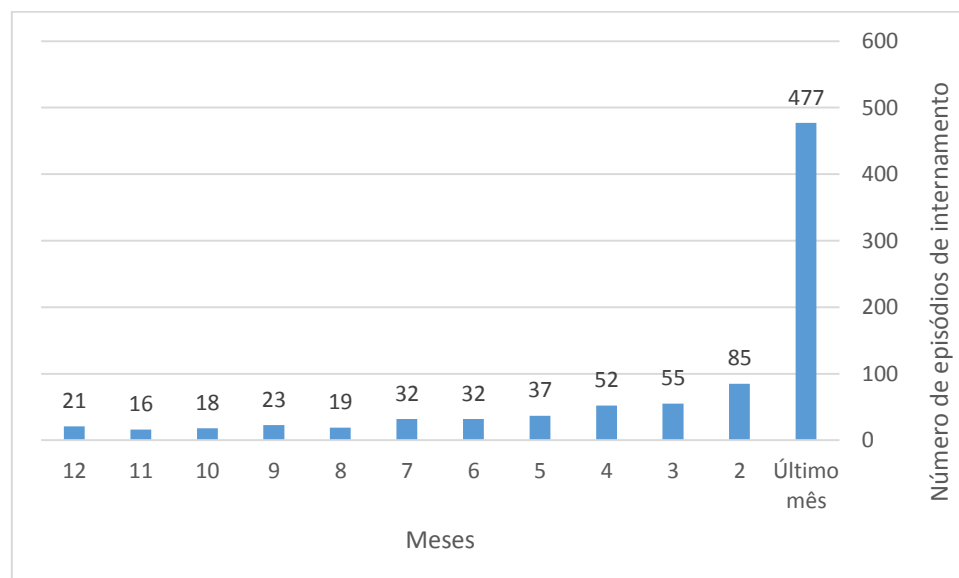
Identificou-se igualmente que doze diagnósticos perfazem 51% dos diagnósticos principais apurados. Destaca-se a septicemia como o diagnóstico principal mais frequente (N=48; 9,92%).

Em último verificou-se que 20,7% dos doentes apresentava ICC de 1, e constitui portanto o grupo mais frequente. De seguida 20,5% da amostra não apresentava comorbilidades e 17,7 apresentava ICC de 2.

5.2. Distribuição da utilização dos cuidados de saúde

Neste subcapítulo abordar-se-á a distribuição da utilização dos serviços de saúde ao nível do internamento e do ambulatório (urgência e consulta externa).

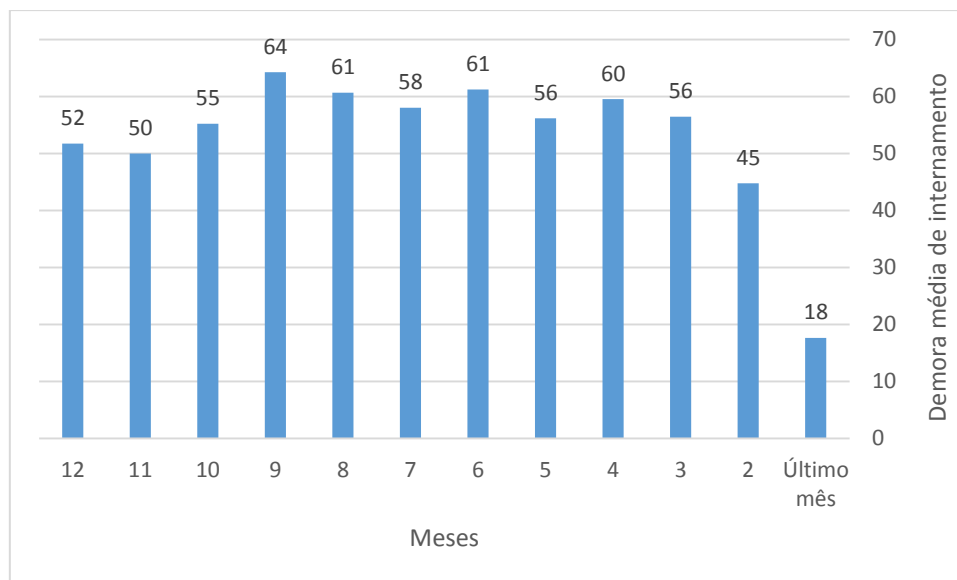
Gráfico 1 - Distribuição do número de episódios de internamento no último ano de vida



No gráfico 1 é possível verificar que os 484 doentes foram responsáveis por 867 episódios de internamento. O registo de episódios de internamento encontrava-se relativamente homogéneo até aos últimos 2 meses de vida onde se realça um

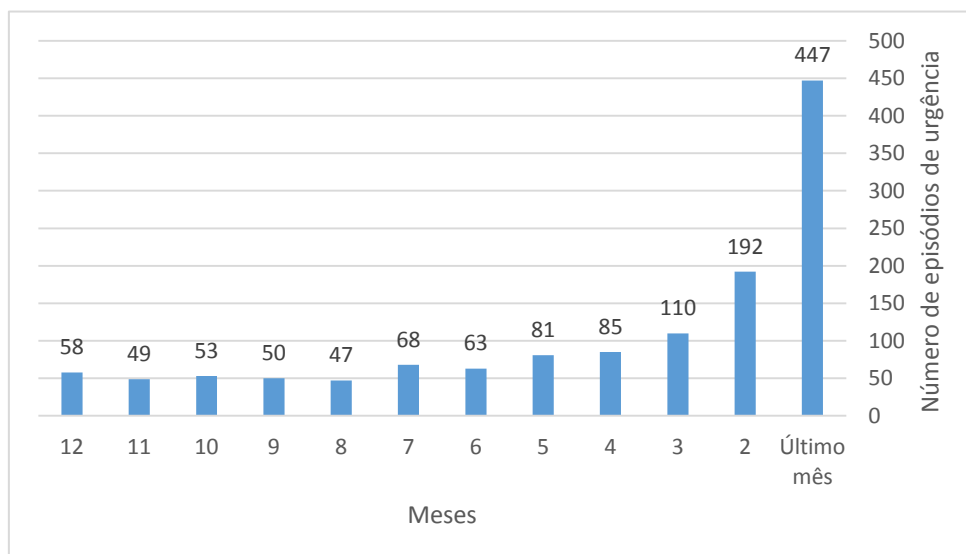
aumento destes episódios com maior destaque no último mês, com 477 registos de internamentos. É no último mês de vida que se concentram 55% dos episódios de internamento.

Gráfico 2 - Demora média de internamento por mês



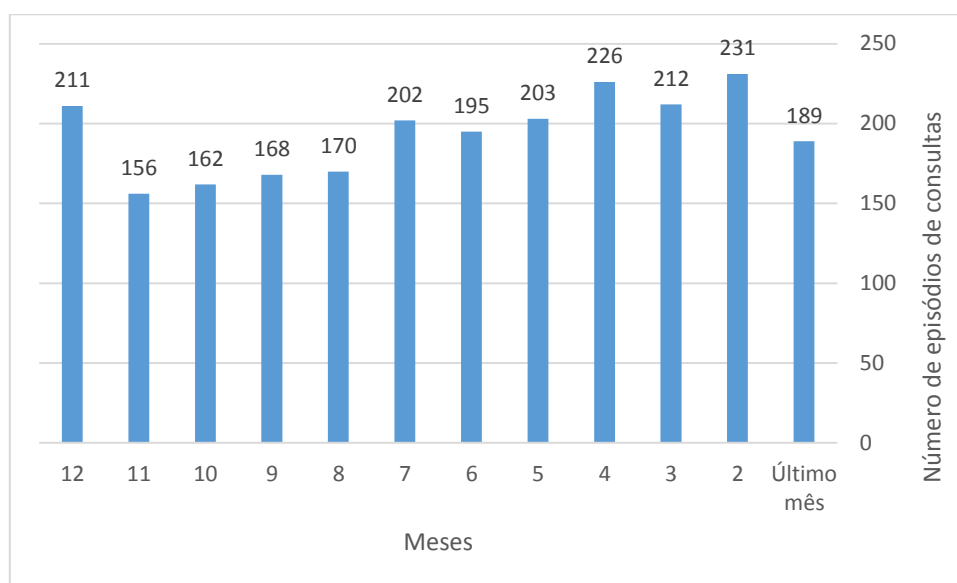
Verifica-se no gráfico 2 que os doentes admitidos para internamento no último mês de vida, ficaram em média menos dias internados (18 dias), quando comparados com as admissões para internamento efetuadas nos restantes 11 meses antes do óbito (45-64 dias). Em média os doentes ficaram 34,4 dias internados.

Gráfico 3 - Distribuição do número de episódios de urgências por mês



Constata-se no gráfico 3 que os 484 doentes foram responsáveis por 1303 admissões na urgência. A procura da urgência sofreu pequenas oscilações até aos últimos três meses de vida. Nesse período, verificou-se que a procura da urgência aumentou gradualmente (57%) atingindo o seu máximo no último mês de vida com 447 episódios de urgência. O último mês de vida concentrou 34% dos episódios de urgência referentes ao último ano de vida.

Gráfico 4 - Distribuição do número de episódios de Consultas Externas por mês



Os 484 doentes foram responsáveis por 2325 consultas externas. Contrariamente ao apurado nas valências anteriores, as consultas externas apresentaram um padrão variável ao longo do último ano de vida, atingindo o seu pico no penúltimo mês antes do falecimento, como demonstrado no gráfico 4. Verificou-se simultaneamente um decréscimo no número de consultas efetuadas no último mês de vida, centralizando apenas 8% das consultas.

De seguida pretende-se analisar o efeito das características dos doentes (género, grupo etário, diagnóstico principal e ICC) na distribuição da utilização dos cuidados. No entanto, por uma questão de exequibilidade, os resultados relativos às características dos doentes e respetiva utilização estarão disponíveis no Anexo 2, sendo apenas apresentada a percentagem do último mês de vida face aos restantes meses e os valores de *p-value* (obtendo-se significado estatístico para *p-value* < 0,05).

Tabela 2 - Importância das características dos doentes na distribuição do número de episódios de internamento, urgência e consulta externa no último ano de vida

Género	Internamento (% últ. mês/total)	Urgência (% últ. mês/total)	Consulta Externa (% últ. mês/total)
<i>p-value</i>	0,09	0,09	0,38
Feminino	55%	34%	8%
Masculino	55%	35%	8%
Grupo Etário			
<i>p-value</i>	0,29	0,00	0,00
18-34	45%	38%	0%
35-64	49%	36%	7%
65-74	63%	38%	11%
+75	55%	33%	8%
Diagnóstico Principal			
<i>p-value</i>	0,55	0,26	0,00
038 Septicemia	66%	41%	4%
486. Pneumonia devida a microrganismo não especificado	50%	31%	8%
428. Insuficiência cardíaca	40%	17%	13%
434. Oclusão de artérias cerebrais	50%	45%	9%
153. Neoplasia maligna do colon	55%	31%	13%
955. Alguns efeitos adversos, NCOP	86%	58%	5%
820. Fratura do colo do fémur	68%	38%	0%
518. Doenças do pulmão, NCOP	43%	29%	17%
205. Leucemia mieloide	56%	32%	7%
431. Hemorragia intracerebral	63%	34%	2%
202. Neoplasia maligna dos tecidos linfoides ou histiocitarios, NCOP	73%	34%	13%
482. Pneumonia bacteriana, NCOP	54%	45%	7%
Índice de Comorbilidade de Charlson			
<i>p-value</i>	0,00	0,11	0,00
0	69%	49%	11%
1	62%	39%	9%
2	60%	32%	8%
3	56%	31%	3%
4	43%	31%	10%
5	35%	27%	13%
6	43%	28%	8%
7	48%	28%	7%
8	57%	31%	9%
9	62%	34%	10%
10	29%	25%	5%
11	29%	22%	12%

De acordo com a Tabela 2, a distribuição da utilização das três valências não difere entre homens e mulheres ($\alpha=0,05$; $p\text{-value} = 0,09$; 0,38; 0,09 respetivamente).

No que se refere ao grupo etário, a distribuição do número de episódios diverge nas urgências e na consulta externa, de acordo com a idade ($\alpha=0,05$; $p\text{-value} = 0,00$; 0,00 respetivamente).

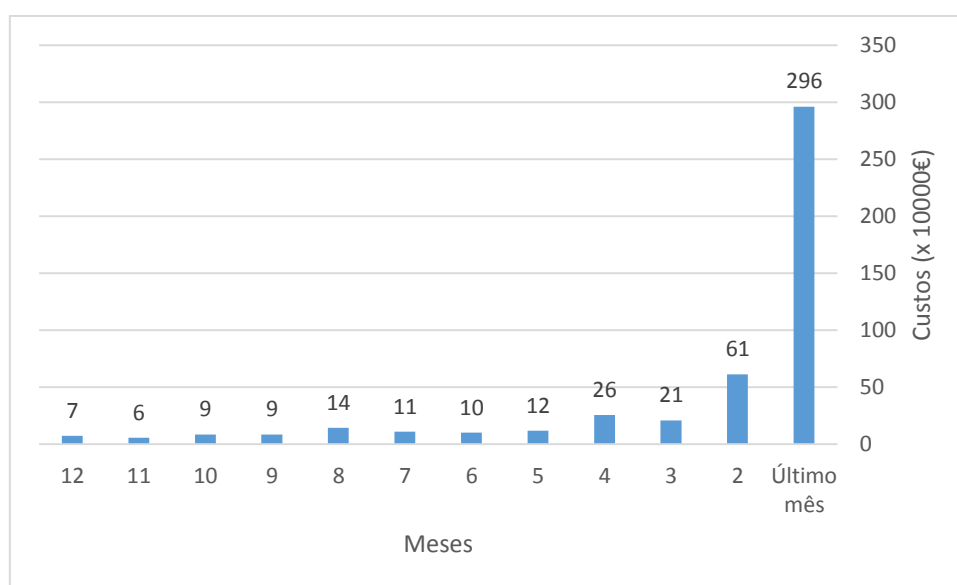
A distribuição da utilização da consulta externa é sensível aos diferentes diagnósticos principais apresentados pelos doentes ($\alpha=0,05$; $p\text{-value} = 0,00$). Verifica-se que a Insuficiência Cardíaca é o diagnóstico principal que concentra menor número de episódios de internamento e urgência, no último mês de vida.

Por último, a distribuição da utilização do internamento e das consultas externas varia conforme o Índice de Comorbilidade de Charlson ($\alpha=0,05$; $p\text{-value} = 0,00$; 0,00 respetivamente). No internamento, quanto maior for o número de ICC menor será a percentagem de episódios registados no último mês de vida. Nas consultas externas, os doentes com ICC de 5 têm maior probabilidade de recorrer a este serviço, no último mês de vida.

5.3. Distribuição dos custos com os cuidados de saúde

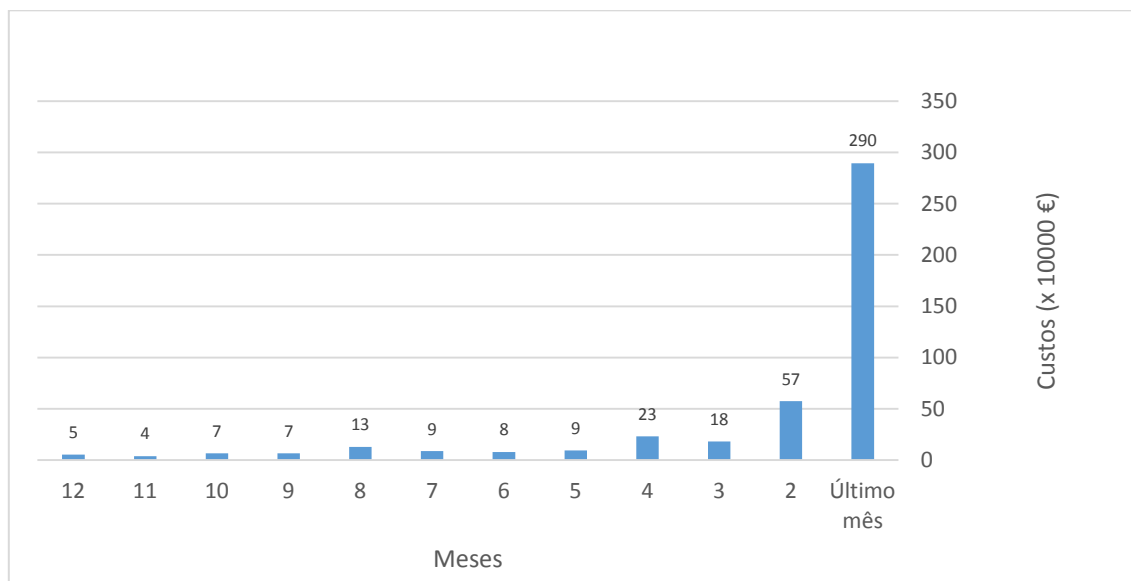
Neste subcapítulo irá abordar-se a distribuição dos custos inerentes à prestação de cuidados de saúde nos serviços de Internamento, de Urgência e de Consulta Externa.

Gráfico 5 - Distribuição dos custos totais por mês



O gráfico 5 mostra que os custos sofreram pequenas oscilações no seu valor ao longo do último ano de vida, até aos dois últimos meses antes do falecimento, onde se constata um aumento relevante. O máximo dos custos foi alcançando no último mês de vida com uma despesa de cerca de 2 960 000€ e portanto cerca de 61% dos custos totais (4 820 000€).

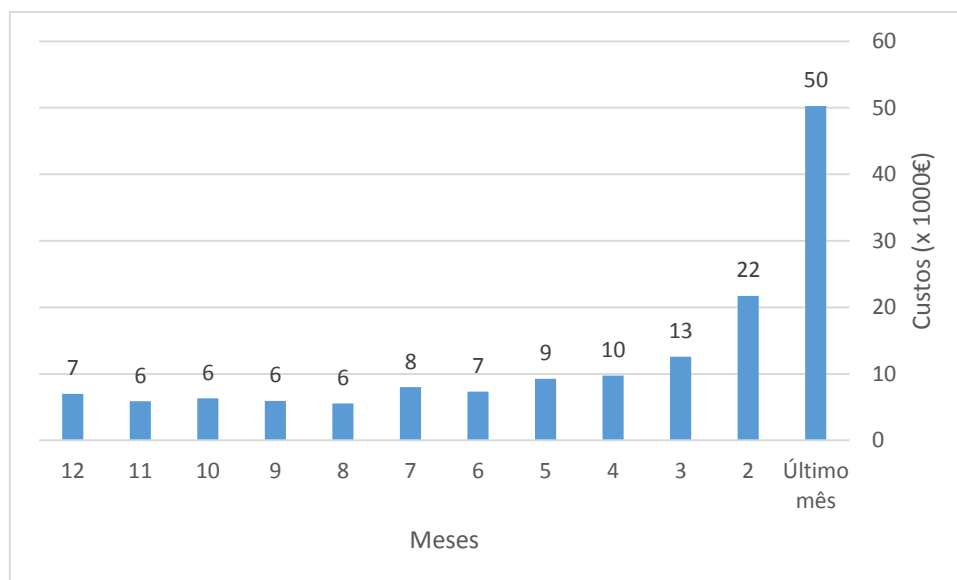
Gráfico 6 - Distribuição dos custos do internamento por mês



Verifica-se no Gráfico 6 que os custos totais do internamento ascenderam os 4 490 743,7 € (93% do valor total). Estes custos aumentaram significativamente nos últimos dois meses antes do óbito, sendo o último mês responsável pela maior fatia das despesas com 2 900 000€. Aproximadamente 64% dos custos com o internamento foram alocados ao último mês de vida.

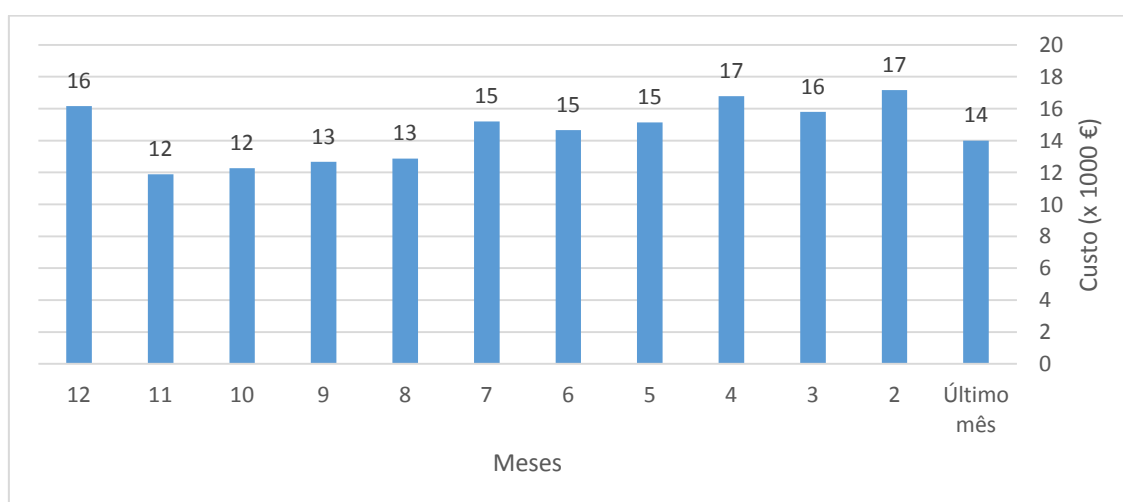
Tendo em consideração o dois últimos gráficos o internamento é responsável por 98% do total de despesas do último mês de vida.

Gráfico 7 - Distribuição dos custos da Urgência por mês



É possível verificar no Gráfico 7 que os custos com os episódios de urgência atingiram os 149 631,0€. As despesas com as Urgências são inferiores a 10 000€ até aos últimos dois meses de vida, onde este valor é ultrapassado alcançando o seu máximo no último mês com um valor aproximado de 50 000€. O último mês concentra 34% dos custos com os episódios de urgência.

Gráfico 8 - Distribuição dos custos da Consulta Externa por mês



Os custos com as Consultas Externas apresentaram uma despesa total de 174 633,4€ e não evidenciaram oscilações significativas ao longo do último ano de vida. Porém,

atingiram o seu mínimo no 11º e 10º mês antes do falecimento (12 000€) e o seu máximo no quarto e segundo mês anterior ao óbito (17 000€). O último mês concentra apenas 8% dos custos das consultas externas.

De seguida, pretende-se apurar a existência de significância estatística (*p-value* < 0,05) entre as diferentes características dos doentes e a distribuição dos custos por mês no último ano de vida. À semelhança do realizado na parte da utilização dos cuidados de saúde, será apresentada a percentagem do último mês face o total de custos. Os valores absolutos referentes aos restantes meses podem ser consultados no Anexo 3.

Tabela 3 - Percentagem dos custos no último mês de vida por características dos doentes

Género	Internamento (% últ. mês/total)	Urgência (% últ. mês/total)	Consulta Externa (% últ. mês/total)
<i>p-value</i>	0,88	0,01	0,00
Feminino	63%	33%	8%
Masculino	66%	34%	8%
Grupo Etário			
<i>p-value</i>	0,31	0,20	0,16
18-34	47%	96%	0%
35-64	58%	98%	7%
65-74	65%	98%	10%
+75	67%	98%	8%
Diagnóstico Principal			
<i>p-value</i>	0,49	0,03	0,24
038 Septicemia	74%	40%	4%
486. Pneumonia devida a microrganismo não especificado	50%	31%	8%
428. Insuficiência cardíaca	61%	16%	13%
434. Oclusão de artérias cerebrais	61%	44%	9%
153. Neoplasia maligna do colon	57%	30%	13%
955. Alguns efeitos adversos, NCOP	98%	57%	5%
820. Fratura do colo do fémur	89%	37%	0%
518. Doenças do pulmão, NCOP	72%	28%	17%
205. Leucemia mieloide	52%	31%	6%
431. Hemorragia intracerebral	93%	33%	2%
202. Neoplasia maligna dos tecidos linfoides ou histiocitarios, NCOP	85%	33%	12%
482. Pneumonia bacteriana, NCOP	24%	44%	7%
Índice de Comorbilidade de Charlson			
<i>p-value</i>	0,65	0,00	0,00

0	69%	48%	11%
1	70%	39%	9%
2	76%	31%	8%
3	50%	30%	3%
4	66%	31%	9%
5	77%	27%	13%
6	48%	27%	8%
7	53%	28%	7%
8	66%	30%	9%
9	68%	34%	10%
10	39%	25%	4%
11	39%	22%	11%

Tendo em consideração os resultados apresentados na Tabela 3, as diferenças na distribuição dos custos entre o género feminino e masculino são estatisticamente significativas para a urgência e consulta externa ($\alpha=0,05$; $p\text{-value} = 0,01$ e $0,00$ respetivamente).

Relativamente ao grupo etário as desigualdades na distribuição dos custos entre as diferentes idades não são significativas para nenhuma das valências estudadas neste hospital. Embora se verifique um aumento das despesas no último mês de vida nos doentes com idade superior a 75 anos.

As divergências na distribuição dos custos entre os diferentes diagnósticos principais (50% mais frequentes) são apenas estatisticamente significativas para as urgências ($\alpha=0,05$; $p\text{-value} = 0,03$).

Por último, as diferenças na distribuição dos custos entre os Índices de Comorbilidade de Charlson são significativas apenas para a urgência e consulta externa ($\alpha=0,05$; $p\text{-value} = 0,00$ e $0,00$ respetivamente)

Como é possível verificar, nenhuma das características dos doentes acima analisados têm influência (estatisticamente significativa) nos custos do internamento no último ano de vida.

Por último e de forma a concluir este capítulo, apresenta-se resumidamente os principais resultados apurados:

- A amostra é composta 484 doentes, sendo maioritariamente constituída por doentes do género feminino (53%) e cerca de 65% dos doentes tinha idade superior a 75 anos, em média $77 \pm 13,5$ anos de idade (19-102). A sepsis foi o diagnóstico principal mais frequente (9,92%) e aproximadamente 20,7% dos doentes apresentava ICC de 1, constituindo portanto o grupo mais frequente;

- O internamento registou um aumento da procura no último mês de vida e a urgência nos últimos três meses de vida. Quando internados no último mês de vida, os doentes registaram em média menores dias de internamento, comparativamente às admissões nos restantes 11 meses. Em média estiveram 34 dias internados;
- A distribuição da utilização do internamento foi sensível aos diferentes ICC, a urgência às diferentes idades e as consultas externas às diferenças de idade, diagnósticos principais e ICC;
- Os custos com os cuidados de saúde aumentaram nos dois últimos meses de vida, sendo este aumento mais evidente no último mês de vida, atingindo os 2 960 000€ (61% dos custos totais). O internamento foi responsável pela maioria das despesas no último ano de vida (93%), sendo o último mês responsável por 98% das despesas totais. Os episódios de urgência aumentaram nos dois últimos meses e as consultas externas no quarto e segundo mês antes do falecimento;
- A distribuição dos custos das urgências foi sensível às diferenças de género, diagnóstico principal e ICC dos doentes. Nas consultas externas, o número de episódios por mês variou de acordo com os diferentes géneros e ICC dos doentes.

6. Discussão

Neste capítulo será abordada numa fase inicial a discussão metodológica, fazendo referência às diferentes opções metodológicas adotadas, como seleção da amostra de estudo, fontes de dados e ainda as principais limitações deste trabalho. De seguida procede-se à discussão dos resultados, confrontando os principais resultados obtidos com diferentes estudos. Por fim, finaliza-se este capítulo com as implicações desta investigação para a gestão das organizações de saúde e principais recomendações.

6.1. Discussão metodológica

A amostra deste estudo é composta pelos doentes adultos falecidos no internamento do de um hospital no ano de 2013.

Decidiu-se excluir os doentes em idade pediátrica e portanto com idade inferior a 18 anos, por apresentarem incidências e causas de morte específicas para o estadio de desenvolvimento, dificultando comparações com outros grupos etários e evitando assim possíveis enviesamentos.

A seleção de apenas um hospital não permite extrapolar os resultados obtidos para a população. Teria sido interessante alargar a amostra a uma área mais abrangente, como por exemplo todos os hospitais da região de Lisboa, ou Portugal. Incluir outros níveis de cuidados como cuidados de saúde primários, cuidados continuados ou paliativos, teria sido de todo importante para a discussão deste trabalho, permitindo perceber a importância deste tipo de cuidados na redução da utilização e no consumo de recursos hospitalares. E ainda, tendo em consideração os estudos publicados referentes à preferência dos doentes para o local de morte, teria sido igualmente importante confrontar a sua vontade com o apurado neste trabalho.

Teria sido igualmente relevante ter estudado outros anos além de 2013 por forma a alargar a amostra e realizar comparações entre diferentes períodos, por exemplo.

Numa fase inicial, tomou-se a decisão de ampliar o estudo a mais três serviços, ao Hospital de Dia de Oncologia e de Hematologia e aos Serviços Farmacêuticos, no sentido de obter dados que caracterizassem melhor a população estudada e consequentemente, permitissem uma análise mais robusta e aproximada do real. Todavia, tal não foi exequível dentro do prazo de realização do trabalho.

Tomou-se a decisão de não calcular os custos reais do hospital. Em alternativa e como *proxy* dos custos hospitalares, recorreu-se à metodologia adotada pela ACSS, através do preço base determinado no Contrato-Programa de 2012 e 2013, da tabela de preços do SNS presente na Portaria nº 839-A/2009, de 31 de Julho e na Portaria nº 163/2013 de 24 de Abril e pelo cálculo do doente equivalente.

O cálculo dos custos reais seriam manifestamente mais precisos, contudo pela extensão deste trabalho não foi possível proceder ao apuramento dos mesmos.

Recorreu-se à base de dados de morbilidade hospitalar, *WebGDH* e *SONHO*, por forma a aceder os dados necessários para atingir os objetivos anteriormente delineados, utilizando portanto apenas dados administrativos.

Existem, segundo lezzoni, três tipos de fontes de dados: os dados administrativos, os registos médicos e os dados fornecidos diretamente pelos doentes (51).

Os dados administrativos encontram-se informatizados e portanto fáceis de aceder a um custo reduzido (52). Estão presentes no resumo de alta, como a identificação pessoal, diagnóstico principal e secundário, género, idade, data de admissão e alta (51).

Ainda assim, esta tipologia de dados apresenta algumas limitações como as referidas por diferentes autores e descritas por Costa e Lopes, nomeadamente nas limitações da ICD-9-CM, no que se refere à sua ambiguidade, sobreposição e falta de sensibilidade para os procedimentos; na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, ao não diferenciar a situação do doente na admissão e durante o internamento; e no ajustamento pelo risco associado à inexistência de dados clínicos (52) (53).

A codificação clínica é igualmente importante para o sucesso deste estudo. A ocorrência de falhas durante este processo podem por em causa a viabilidade dos dados recolhidos, como por exemplo não registar comorbilidades existentes.

Por outro lado, os diagnósticos principais que motivaram o internamento do óbito não indicam a causa de morte em particular. Um doente pode ter como diagnóstico principal pneumonia devida a microrganismo não especificado, porém esta infeção pode ter sido motivada pela sua doença base, a neoplasia do pulmão. Deste modo, os diagnósticos principais apurados podem corresponder a uma complicação da doença que acompanha o doente. Como tal, não podem ser retiradas conclusões precisas referentes à causa de morte.

No decorrer deste trabalho surgiram dificuldades que limitaram o desenvolvimento do mesmo.

O tema da distribuição da utilização e do consumo de serviços hospitalares é uma área que se encontra ainda em desenvolvimento, o que limitou em parte a discussão e a comparação com os resultados apurados. A utilização de dados administrativos, no que se refere por exemplo a falhas na codificação clínica, pode indicar que algumas comorbidades não foram registadas. A impossibilidade de incluir o hospital de dia e os serviços farmacêuticos do hospital limitou a análise para os doentes a quem tenham sido prestados cuidados naqueles serviços. A inclusão apenas de dados relativos à utilização e ao consumo de base hospitalar, pela impossibilidade em considerar a informação sobre cuidados primários, continuados e paliativos, não permitiu incluir o apuramento da utilização e dos custos nestes contextos. Por fim, a informação relativa à preferência dos doentes sobre o seu local de morte teria enriquecido a discussão dos resultados apurados.

6.2. Discussão dos resultados

Neste capítulo pretende-se discutir os principais resultados obtidos, relacionando-os sempre que possível com a componente teórica que deu suporte a este trabalho.

A amostra é constituída por 484 doentes, maioritariamente do género feminino (53%) o que vai ao encontro do verificado em diferentes estudos (12)(16)(20)(24)(35)(37)(38). Todavia, as diferenças entre género não devem ser analisadas de forma linear. Devem ser explicadas tendo em linha de atenção a idade do óbito, condição de saúde, pelas diferentes necessidades de cuidados e pelo diferente tratamento instituído (33).

A população estudada é maioritariamente idosa apresentando em média $77 \pm 13,5$ anos de idade. Quando estratificada a amostra por grupo etário, 65% apresenta idade superior a 75 anos, consistente portanto, com o estudo de Gomes e outros (11) ao referir população morre cada vez mais envelhecida e no hospital.

Por outro lado, Lubitz e Riley (58) ao estudarem os doentes do *Medicare* concluíram que os pagamentos desta entidade diminuam com a idade, isto é, os doentes falecidos com idades compreendidas entre os 65 e 69 tinham despesas superiores, quando comparados com os doentes falecidos com idade superior aos 90 anos. Este facto aponta a idade como um aspeto importante nas decisões médicas, sugerindo que há tendência em diminuir as intervenções agressivas nos doentes muito envelhecidos, reduzindo desta forma os custos em saúde.

Contudo, esta redução das despesas pode também estar relacionada com a não contabilização dos custos com os recursos da comunidade, como cuidados continuados e paliativos. Uma vez que os doentes mais envelhecidos, viúvos ou solteiros, com filhos têm uma maior probabilidade de recorrer a instituições de cuidados continuados/paliativos (32)(35)(40).

Relativamente aos diagnósticos principais apurou-se que doze diagnósticos perfizeram 51% de todos os diagnósticos estudados. A Septicemia, Pneumonia devido a microrganismo não especificado e Insuficiência cardíaca, foram os três diagnósticos principais mais frequentes.

Estudos desenvolvidos sobre este tema referem que os fatores relacionados com a doença são os que mais influenciam o local de morte (35). As doenças do sistema circulatório, as doenças infecciosas, as doenças cardíacas, a doença pulmonar obstrutiva crónica, a diabetes e as neoplasias são apontadas como as principais causas de morte dos doentes internados (12)(14)(32)(54)(56).

Pesem embora, os dados apurados serem consistentes com os estudos enunciados, importa ressaltar que estes diagnósticos podem não corresponder à causa de morte do doente.

A maioria dos doentes (57%) não apresentava comorbilidades, ou apresentava ICC 1 ou 2. Este valor excede o defendido por Langton e outros, ao indicarem que 42% da sua população apresentava ICC 0, 1 ou 2 (54). De referir que a utilização dos cuidados de saúde está associada ao aumento de doenças crónicas, portanto quanto maior o ICC maior será a procura dos serviços de saúde, embora tal não se tenha verificado no último mês de vida, neste estudo (32).

No que se refere à utilização, o internamento (867 episódios no total) registou um aumento da procura no último mês de vida e a urgência (1303 episódios no total) nos últimos três meses de vida.

Quando se particulariza esta procura em horizontes temporais, a utilização dos cuidados de saúde ao longo do último ano de vida concentra-se essencialmente no último mês de vida, o que corrobora a informação apurada relativa à utilização dos internamentos (35)(59).

Relativamente à urgência, esta parece constituir um recurso importante para os doentes em fim de vida, ao ser procurada por 82,9% dos doentes no último ano de vida e ao aumentar significativamente a sua utilização nas duas últimas semanas

antes do óbito (7)(21). Esta procura é superior nos doentes sem apoio de cuidados paliativos, em média seis vezes mais, comparativamente aos doentes que recorrem a este tipo de apoio, reportando assim, a importância deste tipo de recursos na comunidade (38).

A demora média de internamento apurada neste hospital (34 dias), não é consistente com a defendida por outros autores, ao verificarem que a demora média de internamento oscilou entre os 6 e os 29 dias (27)(34)(57).

Ao analisar a influência das características dos doentes na distribuição da utilização dos cuidados de saúde, verificou-se que existiu relação estatisticamente significativa entre o internamento e os diferentes ICC, entre a urgência e as diferentes idades e entre a consulta externa e as diferentes idades, diagnósticos principais e ICC.

Sendo esta uma área ainda em desenvolvimento, não foi possível apresentar argumentos que corroborassem ou refutassem todos os resultados apurados neste trabalho, relacionados com as características dos doentes e a distribuição da utilização de cuidados.

Para Henson et al (39), a procura das urgências ao longo do último ano de vida é influenciada por diferentes fatores entre os quais, género masculino, raça negra, diagnóstico de neoplasia do pulmão e baixo estatuto socioeconómico, o que contraria o apurado neste estudo, ao se constatar que a idade é a única característica que influencia a distribuição da utilização deste serviço.

A distribuição da procura de cuidados no último ano de vida está relacionada com as limitações e deterioração do estado de saúde, causadas pela patologia (severidade) e comorbilidades associadas. Por exemplo, as doenças oncológicas, a demência, as doenças cardíacas e pulmonares, assim como a morte súbita comportam-se de forma diferente entre si, no que se refere à necessidade de utilização de cuidados de saúde, pelos diferentes meses, do último ano de vida (5)(15)(32)(43)(57). Contudo, verificou-se apenas que a distribuição da procura do internamento é sensível à variação do ICC e a consulta externa aos diferentes diagnósticos principais.

Verificou-se que a Insuficiência Cardíaca foi o diagnóstico principal que concentrou menor número de episódios de internamento e urgência, no último mês de vida. Este resultado é interessante, na medida em que esta baixa incidência de episódios de internamento e de urgência podem ser devidos a um adequado acompanhamento dos doentes, eventualmente em hospital de dia, evitando assim agudizações da doença.

No que se refere aos custos com os cuidados hospitalares no último ano de vida apurou-se que aumentaram nos dois últimos meses de vida, sendo este aumento mais evidente no último mês de vida, atingindo os 2 960 000€ (61%). O internamento foi o serviço responsável pela maioria das despesas no último ano de vida (93%), aumentando igualmente no último mês antes do óbito.

Esta afirmação é corroborada em parte por Lubitz e Riley (42) ao verificarem que os custos no último ano de vida aumentaram essencialmente nos dois últimos meses de vida (52%), sendo que 40% dos custos estão alocados ao último mês de vida.

O estudo efetuado por Lubitz e Riley (42) aproxima-se do apurado nesta análise, ao referir que 70,3% das despesas no último ano de vida estão alocadas ao consumo efetuado nos internamentos. Contrariamente, Tanuseputro e outros, ao apurar a totalidade das despesas no último ano de vida constataram que 43% diziam respeito a despesas com o internamento, valor esse muito inferior ao apurado no hospital estudado (7). Porém, torna-se relevante mencionar que a percentagem apurada neste estudo se refere unicamente a três valências estudadas (internamento, urgência e consultas externas), podendo esta percentagem reduzir com a introdução de outros serviços, como cuidados paliativos, hospital de dia, serviços farmacêuticos, cuidados primários.

Tendo em linha de atenção a concentração dos custos nos dois últimos meses de vida apurados neste trabalho, este consumo parece apontar para um padrão denominado “*late rise spending*”, (43).

Para a distribuição dos custos com os serviços de saúde verificou-se que a urgência é sensível às diferenças de género, do diagnóstico principal e do ICC e as consultas externas são influenciadas pelas diferenças de género e de ICC.

Estudos recentes (43) apontam a idade, o género, raça/etnia como características importantes a ter em consideração na distribuição dos custos com os cuidados hospitalares em geral.

Paralelamente, Serup-Hansen e outros (41) acrescentam que a idade por si só pode não influenciar a distribuição dos custos, defendendo a proximidade da morte como um fator preponderante no aumento das despesas.

À semelhança do verificado na distribuição da utilização dos cuidados, o diagnóstico principal, assim como a multiplicidade de condições crónicas (ICC), constituem determinantes importantes no consumo de recursos nos diferentes meses ao longo do último ano de vida (5)(43), ainda que se tenha verificado apenas relação

estatisticamente significativa na distribuição das despesas da urgência e das consultas externas.

Importa referir que a elevada intensidade de cuidados no último ano de vida não se traduz necessariamente em melhores resultados em saúde (7)(8)(21)(36). A procura de cuidados próximos do momento de óbito provoca juntos nos doentes e familiares experiências negativas, como stress e exaustão e aumenta igualmente, os custos em saúde. Uma boa parcela das admissões hospitalares são potencialmente evitáveis, podendo gerar poupanças de £47,5 milhões por ano, rentabilizando assim os recursos em saúde e melhorando simultaneamente, a experiência vivida pelos doentes e seus familiares (7)(20)(60).

Por fim, a existência de recursos na comunidade parece apontar para uma redução da procura de cuidados hospitalares e consequentemente dos custos. Contudo, esta redução de custos deve ser efetuada de forma cautelosa na medida em que a redução dos custos a nível hospitalar pode implicar um aumento das despesas noutros níveis de cuidados.

6.3. Importância para a gestão das organizações em saúde

Conhecer o padrão do consumo dos doentes em fim de vida e mais especificamente no último ano é relevante para uma adequada gestão dos recursos de saúde e assim, disponibilizar serviços que vão de encontro às necessidades da população.

Na Alemanha 10% das despesas em saúde estão associadas à utilização dos cuidados de saúde, no último ano de vida da população. Estes custos são portanto significativos e influenciam as projeções futuras relativas às despesas em saúde (12). Os recursos em saúde são escassos e como tal, conhecer as principais tendências na utilização e nos custos dos serviços, assim como as características dos doentes que influenciam o consumo permite alocar de forma adequada e equitativa os recursos existentes.

Uma percentagem significativa dos doentes admitidos para internamento nos hospitais (9,1%) têm como motivo de admissão diagnósticos do foro paliativo e portanto evitáveis. As despesas com estes episódios constituem cerca de 7% do total de custos com internamentos (7).

Deste modo, tem-se verificado nos últimos anos uma tendência crescente em morrer no hospital, embora uma parcela importante da população expresse a vontade de

morrer em casa, junto dos seus familiares. Esta tendência tem repercussões nas despesas totais dos doentes no último ano de vida, uma vez que os custos são mais elevados nos óbitos ocorridos no hospital, quando comparados com os ocorridos em casa (12).

A utilização dos cuidados no último ano de vida não é homogénea em todos os países, refletindo-se assim, nos custos apurados em cada país. Esta realidade é reflexo das políticas de saúde e da rede de cuidados implementados em cada um desses países. Como tal, disponibilizar cuidados de saúde acessíveis e sustentáveis do ponto de vista financeiro, constitui um verdadeiro desafio levado a cabo por diferentes países um pouco por todo o mundo (43)(61)(62).

Os recursos da comunidade como os cuidados de saúde primários, continuados, paliativos, lares, quando devidamente integrados constituem a pedra basilar para a redução da utilização e consequentemente, dos custos hospitalares. Kronman et al (24) sugere os cuidados de saúde primários como um recurso importante para diminuir a demora média de internamento, os internamentos evitáveis, o número de mortes em contexto hospitalar e os custos totais em saúde.

Como tal e por forma a atingir cuidados de excelência aos doentes em fim de vida, torna-se basilar:

- Reorganizar os cuidados de saúde, envolvendo diferentes níveis de cuidados e profissionais, por forma a assegurar a resposta às necessidades dos doentes em fim de vida. Para a APCP, a organização de serviços deve ser adaptada às necessidades de cada região, considerando o número de mortes, nível de envelhecimento da população, causas e locais de morte principais e características geográficas (28);
- Ampliar a rede de cuidados continuados e paliativos, uma vez mais de 2/3 das regiões não detém nenhuma unidade de cuidados paliativos e quase 2/3 das unidades de internamento estão sob gestão privada (28);
- Reforçar a articulação entre os hospitais e os serviços da comunidade, como unidades de cuidados continuados, paliativos e lares, diminuindo as assimetrias regionais;
- Reforçar a articulação entre os serviços de internamento e os serviços sociais, por forma a estabelecer contacto o mais precocemente possível com os recursos da comunidade;

- Investir em novos serviços de ambulatório hospitalar, como hospital de dia, disponibilizando serviços integrados e adaptados às necessidades dos doentes;
- Realizar novos estudos a nível nacional que abordem a distribuição da utilização e do consumo no último ano de vida, que considerem a utilização de diferentes instituições e níveis de cuidados;
- Realizar novas investigações que estimem o volume e o impacto dos internamentos evitáveis e da utilização das Unidades de Cuidados Intensivos;
- Elaborar de um estudo idêntico alargado à população pediátrica, por forma a conhecer a realidade existente neste grupo etário em particular.

Conhecer o padrão de cuidados no último ano de vida e os custos associados é assim essencial para uma gestão das organizações de saúde que se quer de excelência. Para atingir tal objetivo, torna-se crucial envolver os diferentes *stakeholders* na implementação de uma rede de serviços de saúde integrada, tendo igualmente em consideração as preferências dos doentes.

7. Considerações Finais

A gestão das organizações de saúde é conhecida pela sua complexidade e para tal contribuem as múltiplas exigências a que está submetida diariamente. O aumento da esperança média de vida, o atual envelhecimento da população, a prevalência das doenças crónicas, as novas opções terapêuticas e tecnológicas constituem um verdadeiro desafio para diferentes decisores políticos e administradores hospitalares.

Os cuidados no último ano de vida têm assumido particular importância pelas próprias consequências associadas. O último ano de vida é conhecido pelo aumento do consumo de recursos e consequentemente dos custos. As admissões hospitalares no último ano de vida são responsáveis por efeitos negativos nos doentes e seus cuidadores, repercutindo-se na qualidade de vida dos mesmos.

Portanto, conhecer o padrão de utilização e de consumo de serviços no último ano de vida é de extrema importância, na medida em que o conhecimento de quais as características dos doentes que influenciam a procura de cuidados permite a reconhecer oportunidades de desenvolvimento de novas políticas e estratégias em saúde. Ao nível micro, da instituição, possibilita a definição de novas estratégias para doentes em fim de vida, criando novos serviços como hospital de dia e unidade de cuidados paliativos, incluindo sempre que possível as preferências dos doentes.

Da análise efetuada aos 484 doentes é possível concluir que a amostra é composta maioritariamente por doentes do género feminino (53%) e cerca de 65% dos doentes tinha idade superior a 75 anos e em média estes doentes apresentavam $77 \pm 13,5$ anos de idade (19-102). A sepsis foi o diagnóstico principal mais frequente (9,92%) e aproximadamente 21% dos doentes apresentava ICC de 1, constituindo portanto o grupo mais frequente.

No que se refere à distribuição da utilização e dos custos pelos diferentes serviços estudados, apurou-se que o internamento foi a valência mais procurada e com maiores custos associados ao longo do último ano de vida. Esta procura pelo serviço de internamento (55%), assim como os custos associados (64%) concentraram-se basicamente no último mês antes do óbito.

Relativamente ao impacto das características dos doentes na distribuição da utilização e do consumo de recursos hospitalares, verificou-se que a distribuição utilização do internamento pelos diferentes meses foi sensível aos diferentes ICC, a urgência às diferentes idades e as consultas externas às diferenças de idade, diagnósticos

principais e ICC. A distribuição dos custos das urgências foi sensível às diferenças de género, diagnóstico principal e ICC dos doentes. Nas consultas externas, o número de episódios por mês variou de acordo com os diferentes géneros e ICC dos doentes.

Com base nos resultados obtidos torna-se premente referir que a utilização dos serviços do hospital estudado é responsável por custos significativos (4 820 000€), aos quais se deve dar atenção. A distribuição da utilização e do consumo aqui demonstrados apontam para a necessidade de investir em cuidados diferenciados e adaptados às necessidades desta população em particular.

Por último, acredita-se que envolvendo os diferentes decisores políticos e gestores em saúde na reorganização da rede de cuidados de saúde e na realização de novas investigações trará ganhos para a saúde, aumentando a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes, nesta fase particular da sua vida.

8. Referências bibliográficas

1. Pordata. Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001) - Portugal [Internet]. Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2015. p. 1–4. Available from: [https://www.pordata.pt/Portugal/Espanha+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+\(base+triennio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Espanha+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+(base+triennio+a+partir+de+2001)-418)
2. INE. Projeções de população residente em Portugal 2008-2060. Lisboa; 2009.
3. Pordata. Óbitos de residentes em Portugal: total e no primeiro ano de vida [Internet]. Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2016. p. 1–4. Available from: <http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+de+residentes+em+Portugal+total+e+no+primeiro+ano+de+vida-15>
4. Mathers CD, Loncar D. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results. Geneve; 2005.
5. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: adapting Health Care to serious chronic illness in old age [Internet]. California; 2003. Available from: <papers2://publication/uuid/B3DB2113-6C04-4CE2-B7B4-F4785AE43DDB>
6. Calfo S, Smith J, Zezza M. Last year of life study [Internet]. Centers for Medicare & Medicaid Services. Baltimore; 2012. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003161>
7. Tanuseputro P, Wodchis WP, Fowler R, Walker P, Bai YQ, Bronskill SE, et al. The health care cost of dying: a population-based retrospective cohort study of the last year of life in Ontario, Canada. PLoS One [Internet]. 2015;10(3):1–11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4374686&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

8. Daveson BA, Alonso JP, Calanzani N, Ramsenthaler C, Gysels M, Antunes B, et al. Learning from the public: citizens describe the need to improve end-of-life care access, provision and recognition across Europe. *Eur J Public Health* [Internet]. 2014;24(3):521–7. Available from: <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/eurpub/ckt029>

9. Davies E, Higginson I. The solid facts: palliative care [Internet]. *Womens Health Issues*. Milan: World Health Organization; 2004. 1-35 p. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf

10. Harding R, Higginson IJ. PRISMA: A pan-European co-ordinating action to advance the science in end-of-life cancer care. *Eur J Cancer* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010;46:1493–501. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2010.01.035>

11. Gomes B, Higginson IJ. Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliat Med*. 2008;22:33–41.

12. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life- The Dutch experience. *Soc Sci Med*. 2006;63:1720–31.

13. WHO. Palliative Care [Internet]. Geneva; 2015. Report No.: Fact Sheet n° 402. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>

14. Hogan C, Lunney J, Gabel J, Lynn J. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff*. 2001;20(4):188–95.

15. Reed SD, Li Y, Dunlap ME, Kraus WE, Samsa GP, Schulman KA, et al. In-hospital resource use and medical costs in the last year of life by mode of death (from the HF-ACTION randomized controlled trial). *Am J Cardiol* [Internet]. 2012;110(8):1150–5. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3462294&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

16. Geue C, Lorgelly P, Lewsey J, Hart C, Briggs A. Hospital Expenditure at the End-of-Life: What Are the Impacts of Health Status and Health Risks? PLoS One [Internet]. 2015;10(3):1–14. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0119035>
17. Davies E, Higginson IJ, (Edits.). Better Palliative Care for older people [Internet]. Copenhagen; 2004. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf
18. Singer P a, Bowman KW. Quality end-of-life care: A global perspective. Br Med J Palliat Care. 2002;1(4):1–10.
19. Menec VH, Lix L, Nowicki S, Ekuma O. Health Care use at the end of life among older adults : does it vary by age? J Gerontol Med Sci. 2007;62A(4):400–7.
20. Gott M, Gardiner C, Ingleton C, Cobb M, Noble B, Bennett MI, et al. What is the extent of potentially avoidable admissions amongst hospital inpatients with palliative care needs? Br Med J Palliat Care [Internet]. BMC Palliative Care; 2013;12(9):1–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3600039&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
21. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? CMAJ [Internet]. 2010;182(6):563–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845683/pdf/1820563.pdf>
22. Martínez-Sellés M, Vidán T, López-Palop R, Rexach L, Sánchez E, Datino T, et al. End-Stage heart disease in the elderly. Rev Esp Cardiol [Internet]. Elsevier;

- 2009;62(4):409–21. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1885-5857\(09\)71668-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1885-5857(09)71668-8)
23. Connor SR, Bermedo MCS, (Edits.). Global atlas of Palliative Care at the end of life [Internet]. London; 2014. Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
24. Kronman AC, Ash AS, Freund KM, Hanchate A, Emanuel EJ. Can primary care visits reduce hospital utilization among Medicare beneficiaries at the end of life? *J Gen Intern Med* [Internet]. 2008;23(9):1330–5. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-50049092615&partnerID=tZOtx3y1>
25. Broad JB, Gott M, Kim H, Boyd M, Chen H, Connolly MJ. Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *Int J Public Health* [Internet]. 2013;58(2):257–67. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00038-012-0394-5>
26. Higginson I. End-of-Life Care: Lessons from Other Nations. *J Palliat Med*. 2005;8 Suppl. 1:s161–73.
27. Reich O, Signorell A, Busato A. Place of death and health care utilization for people in the last 6 months of life in Switzerland: a retrospective analysis using administrative data. *Br Med J Heal Serv Res* [Internet]. 2013;13(116):1–10. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/116>
28. OPCP. Perfis Regionais de Cuidados Paliativos [Internet]. APCP. p. 1–18. Available from: <http://www.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=3e5d6abebfc3437db712974da624ec6a>

29. Gomes B, Sarmiento VP, Ferreira PL, Higginson IJ. Estudo epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população Portuguesa. *Acta Med Port.* 2013;26(4):327–34.
30. Lopes Ferreira P, Antunes B, Barros Pinto A, Gomes B. Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. *Rev Port Saude Publica* [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública; 2012;30(1):62–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.04.001>
31. APCP. Diretório de serviços de cuidados paliativos. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Porto; 2015.
32. Pot AM, Portrait F, Visser G, Puts M, van Groenou MIB, Deeg DJH. Utilization of acute and long-term care in the last year of life: comparison with survivors in a population-based study. *Br Med J Heal Serv Res* [Internet]. 2009;9(139):1–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739193/pdf/1472-6963-9-139.pdf>
33. Shugarman LR, Bird CE, Schuster CR, Lynn J. Age and gender differences in medicare expenditures and service utilization at the end of life for lung cancer decedents. *Womens Heal Issues* [Internet]. 2008;18(3):199–209. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440649/pdf/nihms-51463.pdf>
34. Rosenwax LK, McNamara B a, Murray K, McCabe RJ, Aoun SM, Currow DC. Hospital and emergency department use in the last year of life: a baseline for future modifications to end-of-life care. *Med J Aust.* 2011;194(11):570–3.
35. Gielen B, Remacle A, Mertens R. Patterns of health care use and expenditure during the last 6 months of life in Belgium: Differences between age categories in cancer and non-cancer patients. *Health Policy (New York)* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2010;97:53–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.03.002>

36. Ko W, Deliens L, Miccinesi G, Giusti F, Moreels S, Donker GA, et al. Care provided and care setting transitions in the last three months of life of cancer patients: a nationwide monitoring study in four European countries. *Br Med J Cancer* [Internet]. 2014;14(960):1–10. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4301937&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
37. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JPW, Leland NE, Miller SC, Morden NE, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2013;309(5):470–7. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1568250>
38. Rosenwax L, Spilsbury K, Arendts G, McNamara B, Semmens J. Community-based palliative care is associated with reduced emergency department use by people with dementia in their last year of life: A retrospective cohort study. *Palliat Med* [Internet]. 2015;29(8):727–36. Available from: <http://pmj.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0269216315576309>
39. Henson LA, Gao W, Higginson IJ, Smith M, Davies JM, Ellis-Smith C, et al. Emergency Department Attendance by Patients With Cancer in Their Last Month of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Oncol* [Internet]. 2015;33(4):370–6. Available from: <http://ws003.juntadeandalucia.es:2623/content/33/4/370.full>
40. Levinsky NG, Yu W, Ash A, Moskowitz M, Gazelle G, Saynina O, et al. Influence of age on Medicare expenditures and medical care in the last year of life. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2001;286(11):1349–55. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194202>
41. Serup-Hansen N, Wickstrøm J, Kristiansen IS. Future Health Care costs -do Health Care costs during the last year of life matter? *Health Policy* (New York). 2002;62:161–72.

42. Lubitz JD, Riley G f. Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med* [Internet]. 1993;328(15):1092–6. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199304153281506>
43. Davis MA, Nallamotheu BK, Banerjee M, Bynum JPW. Identification of four unique spending patterns among older adults in the last year of life challenges standard assumptions. *Health Aff.* 2016;35(7):1–8.
44. Charlson M, Charlson R, Peterson J, Marinopoulos S, Briggs W, Hollenberg J. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol.* 2008;61:1234–40.
45. Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score for Risk Adjustment in Hospital Discharge Abstracts Using Data From 6 Countries. *Am J Epidemiol.* 2011;173(6):676–82.
46. Portaria nº 163/2013. D.R. n.º 80. Série I. (24/04/2013). Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respetivo Regulamento.
47. Portaria nº 839-A/2009. D.R. n.º147. Série I. (31/07/2009). Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respetivo Regulamento [Internet]. 2009. Available from: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Portaria_839_A_2009.pdf
48. Portugal. MS. ACSS. Contrato-programa 2013: Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde; 2012. 1-38 p.
49. Portugal. MS. ACSS. Contrato-programa 2012: Metodologia para a definição de

preços e fixação de objetivos. [Internet]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde; 2012. 1-38 p. Available from: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/20120116_Metodologia_2012.pdf

50. Portugal. MS. ACSS. Condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde prestadas aos beneficiários do SNS que devem ser cobradas pelas Unidades de Saúde no âmbito do Contrato-Programa. [Internet]. Lisboa; 2008. Report No.: Circular Normativa nº3. Available from: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circulares/CN3_2008.pdf
51. MARÔCO J. Análise estatística com o SPSS Statistics. 5ª edição. Pero Pinheiro: Report Number; 2011.
52. Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para Ciências Sociais. 5ª edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
53. Iezzoni L. Data Sources and implications: administrative databases. In: Iezzoni L, editor. Risk Adjustment for measuring healthcare outcomes. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press; 1997. p. 169–242.
54. Iezzoni L. Data sources and implications : information from medical records and patients. In: Iezzoni L, editor. Risk Adjustment for measuring healthcare outcomes. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press; 1997. p. 243–78.
55. Costa C, Lopes S. Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade. Rev Port Saúde Pública [Internet]. 2004;Volume Tem(4):35–50. Available from: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/16742/1/RUN - RPSP - 2004 - V. Tematico n4 a04 - p.35-50.pdf>
56. Langton JM, Srasuebkul P, Reeve R, Parkinson B, Gu Y, Buckley NA, et al. Resource use, costs and quality of end-of-life care: observations in a cohort of elderly Australian cancer decedents. Implement Sci [Internet]. 2015;10(25):1–14.

Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84926645432&partnerID=tZOtx3y1>

57. Schneider N, Dreier M, Amelung VE, Buser K. Hospital stay frequency and duration of patients with advanced cancer diseases – differences between the most frequent tumour diagnoses : a secondary data analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2007;16:172–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17371427>
58. O’Connell DL, Goldsbury DE, Davidson P, Girgis A, Phillips JL, Piza M, et al. Acute hospital-based services utilisation during the last year of life in New South Wales, Australia: methods for a population-based study. *Br Med J Open* [Internet]. 2014;4:1–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24682576>
59. Goodridge D, Lawson J, Duggleby W, Marciniuk D, Rennie D, Stang M. Health care utilization of patients with chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer in the last 12 months of life. *Respir Med*. 2008;102:885–91.
60. Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. *N Engl J Med*. 1993;328(15):1092–6.
61. Langton JM, Blanch B, Drew AK, Haas M, Ingham JM, Pearson SA. Retrospective studies of end-of-life resource utilization and costs in cancer care using health administrative data: a systematic review. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28(10):1167–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24866758>
62. Gardiner C, Ward S, Gott M, Ingleton C. Economic impact of hospitalisations among patients in the last year of life : an observational study. *Pal*. 2014;28(5):422–9.

63. Bekelman J, Halpern S, Blankart C, Bynum J, Cohen J, Fowler R et al. Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2016;315(3):272–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26784775>
64. Penders Y, Rietjens J, Albers G, Croezen S, Van der Block L. Differences in out-of-pocket costs of healthcare in the last year of life of older people in 13 European countries. *Palliat Med* [Internet]. 2016;1–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27129681>

Anexos

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Trabalho de Campo,

Título: “Consumo de recursos no último ano de vida: distribuição do consumo e da utilização de serviços de um hospital”

Investigadora Principal: Enfermeira, **Sílvia Pinto Ramalho de Oliveira** (ENSP – UNL)

Serviços onde decorrerá o projeto: **Hospital de Dia de Oncologia do Hospital de São Francisco Xavier e nos Serviços Farmacêuticos do CHLO**

Após reunião de 29 de fevereiro de 2016 e no seguimento da receção dos documentos / esclarecimentos solicitados, estando atualmente o projeto de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste projeto, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

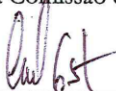
Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 29 de fevereiro de 2016:

Presidente: Prof.^a Doutora Maria Teresa Marques

Dr. Carlos Costa, Enf.^a Clara Carvalho, Dra. Helena Farinha,
Dr. José Santana Carlos, Dra. Paula Peixe e Dr. Rui Campante Teles

Pelo exposto, emitiu-se a 04 de abril de 2016, **parecer favorável**.

Vice - Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



Dr. Carlos Costa

**Anexo 2 – Distribuição da utilização por mês por características dos
doentes**

Tabela 4 - Distribuição do número total de episódios de Internamento por características dos doentes

	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Total
N.º total de Episódios de Internamento	21	16	18	23	19	32	32	37	52	55	85	477	867
Género													
Feminino	7	11	13	11	8	15	18	21	30	25	46	255	460
Masculino	14	5	5	12	11	17	14	16	22	30	39	222	407
Grupo Etário													
[18;35[	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	5	11
[35;65[	3	3	4	6	6	7	10	9	12	12	15	83	170
[65;75[	4	2	3	1	1	6	3	4	7	7	11	85	134
[75;102]	14	10	11	15	12	18	18	23	33	36	58	304	552
Diagnóstico Principal													
038	1	1	0	3	4	1	2	2	4	1	7	50	76
153	1	0	2	0	1	2	0	2	4	3	3	18	36
202	0	0	0	1	1	1	2	1	5	5	2	12	30
205	0	1	1	1	0	3	1	1	1	2	2	13	26
428	1	2	0	2	2	2	2	3	3	2	5	29	53
431	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	12	14
434	1	1	0	0	0	2	3	2	1	1	1	25	37
482	3	0	2	0	0	0	1	1	2	2	1	9	21
486	0	0	0	0	0	2	0	4	2	5	10	29	52
518	2	0	0	0	1	0	1	2	1	1	1	15	24
820	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	2	16	22
995	5	0	0	1	0	1	3	1	0	3	3	20	37
ICC													
0	2	3	2	2	3	7	3	2	7	3	10	99	143
1	1	3	1	5	1	8	2	8	5	12	12	95	153

2	2	3	4	4	4	3	5	2	8	8	6	74	123
3	3	2	2	2	0	3	6	3	6	4	13	55	99
4	6	3	0	4	5	1	2	6	7	5	7	35	81
5	3	0	0	2	1	0	1	5	2	4	4	12	34
6	1	0	6	1	4	4	9	7	8	10	16	50	116
7	1	1	1	0	0	3	2	2	5	4	7	24	50
8	1	0	0	0	1	0	0	0	1	2	5	13	23
9	1	1	2	0	0	1	0	1	0	1	1	13	21
10	0	0	0	3	0	1	2	0	2	2	2	5	17
11	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	2	2	7

Tabela 5 - Distribuição do número total de episódios de Urgência por características dos doentes

	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Total
N.º total de Episódios de Urgência	58	49	53	50	47	68	63	81	85	110	192	447	1303
Género													
Feminino	36	33	36	25	30	42	37	50	54	52	96	253	744
Masculino	22	16	17	25	17	26	26	31	31	58	96	194	559
Grupo Etário													
[18;35[	2	3	0	1	0	0	0	1	0	0	3	6	16
[35;65[	8	6	7	9	8	5	13	6	7	15	32	66	182
[65;75[	6	4	6	3	6	8	6	15	16	14	38	76	198
[75;102]	42	36	40	37	33	55	44	59	62	81	119	299	907
Diagnóstico Principal													
038	3	5	2	3	5	2	4	6	9	5	22	45	111
153	1	3	1	2	0	3	2	4	5	3	16	18	58
202	0	3	2	6	2	1	2	4	2	1	2	5	30

205	1	1	1	2	1	3	2	1	2	6	1	17	38
428	5	3	1	2	5	7	5	4	6	6	9	24	77
431	0	2	0	0	0	1	1	1	0	1	2	11	19
434	5	5	2	1	4	7	8	2	2	1	6	26	69
482	2	1	3	1	1	0	1	2	5	3	3	9	31
486	2	2	6	4	7	6	4	7	2	17	15	34	106
518	2	0	0	4	2	1	1	8	1	5	7	16	47
820	2	1	3	5	0	1	2	3	2	4	6	15	44
995	4	1	0	2	0	2	2	3	6	3	0	19	42
ICC													
0	12	5	3	4	10	9	5	6	14	10	17	90	185
1	5	10	7	5	6	11	12	21	6	24	33	90	230
2	13	9	6	9	11	15	8	10	12	17	25	63	198
3	7	6	10	5	4	9	10	12	15	15	26	54	173
4	5	5	3	12	3	4	6	7	8	8	9	32	102
5	3	0	2	4	3	2	3	4	3	5	6	13	48
6	5	4	11	8	3	6	12	5	7	13	34	42	150
7	4	4	3	0	3	6	2	6	8	5	23	25	89
8	1	3	4	1	3	2	1	5	6	7	8	18	59
9	1	2	2	0	0	2	1	4	4	2	3	11	32
10	2	1	2	2	1	1	3	0	1	3	5	7	28
11	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	3	2	9

Tabela 6 – Distribuição do número total de episódios de Consulta Externa por características dos doentes

N.º total de Episódios de Consulta Externa	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Total
Género	211	156	162	168	170	202	195	203	226	212	231	189	2325
Feminino	119	79	83	98	89	102	103	99	116	124	131	100	1243
Masculino	92	77	79	70	81	100	92	104	110	88	100	89	1082
Grupo Etário													
[18;35[	4	0	1	0	2	2	2	6	6	5	5	0	33
[35;65[	59	50	53	47	55	62	65	59	66	62	55	48	681
[65;75[	49	32	34	36	39	56	46	43	52	47	63	59	556
[75;102]	99	74	74	85	74	82	82	95	102	98	108	82	1055
Diagnóstico Principal													
038	12	8	7	11	6	8	5	11	10	11	18	5	112
153	42	25	27	22	30	28	25	26	32	23	21	27	328
202	3	2	0	3	3	6	7	3	3	3	2	5	40
205	6	8	8	15	14	16	10	15	12	14	14	13	145
428	7	7	8	10	12	9	10	9	13	8	10	16	119
431	2	4	6	3	3	1	2	4	4	4	4	2	39
434	8	1	1	3	2	2	1	3	2	0	1	0	24
482	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2	1	6
486	4	3	4	4	2	6	1	3	4	8	3	3	45
518	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	5	1	42
820	0	0	0	2	0	1	0	0	3	4	4	2	16
995	3	2	1	3	1	4	6	3	3	5	7	3	41
ICC													
0	20	21	17	20	25	26	18	23	20	23	21	28	262
1	25	18	23	24	21	21	25	31	35	26	25	26	300
2	28	18	12	22	15	21	16	21	25	25	31	20	254

3	14	6	10	13	7	12	14	8	9	11	11	4	119
4	5	6	5	9	7	10	14	8	8	9	13	10	104
5	1	2	4	1	1	4	1	3	4	4	9	5	39
6	66	44	47	36	46	50	53	54	58	56	55	49	614
7	29	14	19	17	24	27	23	26	42	24	31	20	296
8	3	3	2	2	2	7	8	7	4	10	13	6	67
9	10	11	13	14	12	14	10	14	11	9	10	14	142
10	10	13	10	10	10	8	11	8	8	12	6	5	111
11	0	0	0	0	0	2	2	0	2	3	6	2	17

Anexo 3 – Distribuição dos custos por mês por características dos doentes

Tabela 7 - Distribuição por mês dos custos totais do Internamento por características dos doentes

	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Total
Custos totais do Internamento	51698,9	38929,4	66685,5	66823,8	126461,7	86276,6	79515,2	94597,2	229510,1	180676,5	573779,8	2895789,1	4490743,7
Gênero													
Feminino	17417,2	24407,1	44972,1	19576,6	21193,3	35795,1	33377,8	49808,9	82422,9	96513,1	332572,1	1270676,6	2028732,6
Masculino	34281,8	14522,3	21713,4	47247,2	105268,4	50481,5	46137,4	44788,3	147087,2	84163,4	241207,7	1625112,5	2462011,1
Grupo Etário													
[18;35[	0,0	3957,0	0,0	1263,8	0,0	3304,0	3119,4	2400,4	0,0	0,0	3119,4	15007,5	32171,5
[35;65[	12396,2	5878,2	17781,0	21065,1	84381,2	10193,5	18899,7	13678,8	47296,4	41897,3	182159,3	637655,0	1093282,0
[65;75[	9766,8	4544,9	14489,9	4512,3	4025,5	16747,9	7325,9	10899,1	86438,6	24267,0	163185,5	646675,7	992879,2
[75;102]	29536,0	24549,3	34414,5	39982,5	38054,9	56031,2	50170,2	67618,8	95775,1	114512,2	225315,5	1596450,9	2372411,0
Diagnóstico Principal													
038	1887,05	1930,74	0,00	5702,06	14524,58	1766,47	2260,56	9257,07	7637,73	1621,91	22252,48	200057,93	268898,59
153	2840,75	0,00	15772,12	0,00	3736,41	9171,40	0,00	5644,88	16073,67	17165,08	10591,56	82125,81	163121,69
202	0,00	0,00	0,00	9539,99	3401,02	914,29	6758,13	914,29	20354,29	14193,97	5220,61	97047,29	158343,89
205	0,00	1845,31	3458,20	2127,78	0,00	8972,01	17004,24	5168,14	1504,97	4424,54	10477,11	84335,03	139317,33
428	2028,83	4544,90	0,00	4027,63	5067,26	4327,95	2452,03	8154,74	5709,56	6880,00	28444,99	95272,10	166909,98
431	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1261,25	0,00	0,00	2499,58	231754,92	235515,74
434	1422,09	4852,88	0,00	0,00	0,00	4692,25	6693,67	3253,46	1265,10	3813,73	7292,92	274958,85	308244,94
482	3790,38	0,00	5238,17	0,00	0,00	0,00	1592,35	3624,18	4915,20	4061,31	645,51	62228,16	86095,27
486	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7437,05	0,00	9666,56	5054,20	14357,96	33051,79	76739,25	146306,81
518	4307,60	0,00	0,00	0,00	2735,59	0,00	2200,60	4145,69	1592,35	1325,71	1325,71	228345,06	245978,31
820	0,00	0,00	0,00	2213,66	0,00	0,00	0,00	0,00	9886,09	0,00	13004,40	139031,71	164135,87
995	16032,34	0,00	0,00	4512,35	0,00	2802,63	6994,79	2237,65	0,00	13321,37	138228,10	59749,20	243878,43
ICC													
0	7757,5	8628,9	14448,6	6460,2	12028,6	14068,2	18832,8	1828,6	23638,4	14878,8	173653,4	665210,0	961434,0
1	543,3	4614,3	1766,5	21084,4	3624,2	21484,0	3460,3	20003,0	77839,4	42698,9	54123,5	587612,0	838853,9
2	5783,7	7360,2	4785,6	6045,2	9653,6	6147,7	7531,5	8728,3	27397,7	23305,1	15195,8	388600,8	510535,1

3	5289,6	5538,2	7117,3	5837,8	0,0	10159,4	12375,0	8434,7	19673,4	8756,1	180586,6	259603,3	523371,4
4	12203,8	6838,9	0,0	6120,3	77911,8	4852,9	2990,2	17553,4	11384,0	12659,4	22618,3	334894,8	510027,9
5	5809,8	0,0	0,0	6640,1	2802,6	0,0	3624,2	9289,8	7590,0	10010,9	9575,1	187237,7	242580,3
6	5661,4	0,0	30064,1	9540,0	16457,0	6666,6	22843,4	18833,0	28593,2	37572,2	59801,2	215867,8	451899,9
7	2840,8	3957,0	2402,6	0,0	0,0	11836,7	4384,5	3306,4	16750,9	16169,0	24221,1	97806,4	183675,3
8	1852,1	0,0	0,0	0,0	3983,8	0,0	0,0	0,0	1265,1	6941,9	23428,1	73023,7	110494,7
9	3957,0	1991,9	6100,8	0,0	0,0	4270,3	0,0	4730,4	0,0	2827,5	2200,6	56514,9	82593,4
10	0,0	0,0	0,0	5095,7	0,0	4901,1	3473,2	0,0	12550,6	4856,7	2862,2	21523,4	55262,8
11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1889,6	0,0	1889,6	2827,5	0,0	5513,8	7894,5	20015,0

Tabela 8 - Distribuição por mês dos custos totais da Urgência por características dos doentes

	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Total
Custos totais da Urgência	7016,3	5881,0	6319,6	5944,4	5569,2	8020,1	7313,7	9272,5	9720,8	12600,4	21702,5	50270,6	149631,0
Género													
Feminino	4375,4	3971,0	4307,2	2967,3	3566,6	4989,4	4302,4	5710,6	6168,7	5993,2	10846,4	28441,4	85639,8
Masculino	2640,9	1910,0	2012,3	2977,1	2002,6	3030,7	3011,2	3561,8	3552,1	6607,2	10856,1	21829,2	63991,2
Grupo Etário													
[18;35[	121,8	121,8	0,0	121,8	0,0	0,0	0,0	121,8	0,0	0,0	112,1	112,1	116,3
[35;65[	120,6	120,2	119,0	119,6	120,6	119,9	116,6	115,3	112,1	112,7	113,0	112,4	114,7
[65;75[	121,8	119,4	121,8	115,3	118,6	118,2	113,7	114,0	116,3	114,2	113,1	112,6	114,4
[75;102]	120,9	119,9	118,9	118,9	118,0	117,7	116,3	114,4	114,1	115,0	113,1	112,5	114,9
Diagnóstico Principal													
038	365,4	589,6	243,6	365,4	599,3	233,9	467,8	672,4	1037,9	570,1	2494,8	5043,2	12683,3
153	121,8	365,4	121,8	224,1	0,0	355,7	233,9	458,0	570,1	336,2	1812,6	2027,0	6626,7
202	0,0	365,4	243,6	721,1	243,6	121,8	224,1	448,3	224,1	112,1	224,1	560,4	3488,7
205	121,8	112,1	121,8	243,6	112,1	336,2	224,1	112,1	233,9	682,2	112,1	1924,7	4336,6

428	609,1	365,4	121,8	243,6	609,1	842,9	599,3	467,8	701,6	701,6	1018,4	2718,9	8999,5
431	0,0	243,6	0,0	0,0	0,0	121,8	112,1	112,1	0,0	112,1	224,1	1232,8	2158,6
434	609,1	599,3	243,6	121,8	467,8	833,2	925,8	224,1	224,1	112,1	672,4	2923,6	7956,9
482	243,6	121,8	365,4	112,1	121,8	0,0	121,8	224,1	560,4	365,4	336,2	1008,6	3581,3
486	243,6	243,6	711,4	487,2	823,5	721,1	477,5	804,0	233,9	1944,2	1690,8	3810,4	12191,1
518	243,6	0,0	0,0	467,8	233,9	121,8	121,8	955,0	121,8	570,1	804,0	1793,1	5432,9
820	243,6	121,8	365,4	609,1	0,0	121,8	233,9	346,0	224,1	487,2	682,2	1681,1	5116,1
995	487,2	112,1	0,0	243,6	0,0	243,6	224,1	346,0	701,6	346,0	0,0	2129,3	4833,6
ICC													
0	1461,7	589,6	365,4	487,2	1198,6	1086,6	579,8	672,4	1588,5	1149,9	1924,7	10096,0	21200,5
1	609,1	1198,6	804,0	589,6	701,6	1281,5	1374,1	2421,7	701,6	2728,6	3708,1	10154,5	26272,8
2	1573,8	1076,8	711,4	1076,8	1301,0	1768,7	925,8	1120,7	1374,1	1934,4	2821,2	7070,1	22754,8
3	852,7	721,1	1208,4	589,6	467,8	1076,8	1188,9	1383,8	1710,3	1768,7	2972,3	6061,5	20001,7
4	609,1	599,3	365,4	1432,5	365,4	467,8	711,4	804,0	906,3	906,3	1018,4	3596,0	11781,8
5	355,7	0,0	224,1	467,8	346,0	233,9	346,0	458,0	346,0	579,8	672,4	1456,9	5486,5
6	599,3	487,2	1339,9	945,3	346,0	721,1	1403,3	579,8	804,0	1486,1	3829,9	4736,2	17278,0
7	487,2	487,2	355,7	0,0	365,4	701,6	224,1	672,4	896,6	560,4	2577,6	2801,8	10130,1
8	112,1	365,4	477,5	121,8	365,4	224,1	112,1	589,6	691,9	804,0	906,3	2017,3	6787,5
9	121,8	243,6	243,6	0,0	0,0	233,9	112,1	458,0	477,5	224,1	355,7	1262,0	3732,3
10	233,9	112,1	224,1	233,9	112,1	112,1	336,2	0,0	112,1	336,2	579,8	794,2	3186,7
11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	112,1	0,0	112,1	112,1	121,8	336,2	224,1	1018,4

Tabela 9 - Distribuição por mês dos custos totais da Consulta Externa por características dos doentes

	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Total
Custos Totais da Consulta Externa	16160,8	11884,3	12277,1	12674,9	12878,4	15207,3	14663,6	15136,5	16782,7	15794,1	17173,2	14000,6	174633,4
Gênero													
Feminino	9121,7	6040,9	6328,9	7431,4	6745,6	7710,4	7751,8	7391,5	8637,1	9247,1	9737,4	7438,5	93582,5
Masculino	7039,1	5843,4	5948,2	5243,5	6132,7	7496,9	6911,8	7744,9	8145,6	6547,0	7435,7	6562,1	81050,9
Grupo Etário													
[18;35[	304,7	0,0	73,0	0,0	146,1	152,3	160,0	441,4	438,2	365,2	368,3	0,0	2449,2
[35;65[	4498,5	3810,8	4012,9	3555,6	4162,1	4691,8	4892,2	4384,5	4872,8	4582,7	4052,7	3535,1	51051,7
[65;75[	3724,3	2430,8	2578,6	2720,8	2947,7	4189,4	3451,6	3180,4	3861,0	3499,2	4746,7	4366,7	41697,1
[75;102]	7633,3	5642,7	5612,5	6398,5	5622,5	6173,8	6159,9	7130,3	7610,6	7346,9	8005,5	6098,8	79435,3
Diagnóstico Principal													
038	914,0	613,5	523,8	809,7	444,5	603,1	375,6	827,4	761,7	824,3	1350,2	372,5	8420,4
153	3183,5	1893,1	2025,3	1638,2	2257,2	2105,9	1858,7	1934,8	2337,3	1723,3	1551,6	1972,1	24481,0
202	228,5	152,3	0,0	219,1	243,8	456,3	529,3	219,1	226,4	219,1	146,1	379,8	3019,9
205	457,0	607,3	610,7	1115,4	1049,7	1174,9	739,8	1112,3	876,5	1025,7	1039,6	956,8	10765,7
428	540,8	533,2	609,4	761,7	914,0	690,0	756,8	676,1	968,3	598,2	733,5	1190,5	8972,6
431	152,3	304,7	457,0	228,5	225,4	76,2	149,2	292,2	292,2	292,2	299,5	153,4	2922,6
434	617,0	76,2	76,2	219,1	160,0	149,2	73,0	219,1	146,1	0,0	73,0	0,0	1808,9
482	0,0	0,0	0,0	83,8	73,0	0,0	0,0	0,0	73,0	0,0	153,4	80,3	463,6
486	304,7	236,1	304,7	312,3	152,3	458,1	73,0	229,9	292,2	611,8	219,1	219,1	3413,3
518	304,7	304,7	304,7	319,9	312,3	228,5	228,5	228,5	222,3	310,2	365,2	73,0	3202,5
820	0,0	0,0	0,0	149,2	0,0	80,3	0,0	0,0	233,0	299,5	292,2	146,1	1200,3
995	233,0	152,3	76,2	225,4	76,2	304,7	473,0	225,4	236,1	380,9	552,9	219,1	3155,1
ICC													
0	1553,9	1591,2	1280,6	1506,0	1900,4	1969,6	1368,6	1740,0	1486,9	1708,4	1544,3	2110,8	19760,6
1	1916,4	1378,7	1767,2	1797,8	1615,1	1580,8	1874,3	2322,7	2592,2	1932,7	1854,2	1942,8	22574,8
2	2152,2	1376,6	904,7	1647,6	1141,8	1571,4	1189,5	1562,3	1886,5	1851,0	2289,3	1490,0	19062,8

3	1074,0	464,6	755,4	1003,7	528,0	893,2	1068,1	601,3	684,5	841,3	824,3	292,2	9030,5
4	380,9	457,0	380,9	676,1	523,8	756,8	1056,3	593,7	584,3	674,4	967,3	737,7	7789,1
5	76,2	146,1	292,2	73,0	73,0	302,6	73,0	219,1	292,2	299,5	681,7	372,5	2901,0
6	5065,3	3354,2	3587,2	2738,2	3484,6	3732,3	3966,0	4009,2	4294,7	4172,6	4077,7	3604,0	46086,0
7	2193,3	1047,6	1422,2	1276,1	1808,6	2041,9	1729,3	1944,9	3087,8	1763,4	2308,0	1468,1	22091,2
8	228,5	236,1	152,3	149,2	149,2	537,7	603,1	530,1	309,2	748,1	988,0	445,5	5077,1
9	761,7	860,7	997,8	1053,9	907,8	1067,4	749,2	1025,7	820,1	672,0	744,3	1025,7	10686,3
10	758,6	971,4	736,7	753,4	746,1	596,8	829,8	587,5	584,3	898,0	448,7	365,2	8276,4
11	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	156,8	156,5	0,0	160,0	232,7	445,5	146,1	1297,6